

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica



TESIS DOCTORAL

Prevención del suicidio

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Francisco Javier de las Heras Calvo

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

PREVENCION DEL SUICIDIO

Tesis Doctoral
presentada por

Francisco Javier de las Heras
Calvo

Director de la Tesis

Prof. Francisco Alonso-
Fernández

"Para morir basta un ocaso"

VICENTE ALEIXANDRE .

(Poemas de la consumación)

A.- INDICE:

	<u>Pág.</u>
A.- <u>INDICE</u>	1
B.- <u>INTRODUCCION</u>	5
B-1.- <u>MOTIVACION PERSONAL</u>	5
B-2.- <u>CONCEPTO</u>	9
B-3.- <u>LA SUICIDOLOGIA</u>	10
B-4.- <u>HISTORIA</u>	25
B-5.- <u>ASPECTOS ESTADISTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS</u>	50
B-6.- <u>FACTORES DE RIESGO</u>	57
B-6.1.- FACTORES DEMOGRAFICOS	57
B-6.1.1.- Sexo	57
B-6.1.2.- Edad	61
B-6.1.3.- Estado Civil	78
B-6.2.- FACTORES PSICOPATOLOGICOS	83
B-6.2.1.- Depresión	84
B-6.2.2.- Alcoholismo	97
B-6.2.3.- Esquizofrenia	104
B-6.2.4.- Otros	109
B-6.3.- FACTORES DE SALUD FISICA	117
B-6.4.- FACTORES HEREDITARIOS, FAMILIARES y CONYUGALES	121
B-6.5.- FACTORES SOCIO-AMBIENTALES Y SOCIO- ECONOMICOS	131
B-6.6.- OTROS FACTORES	140

	<u>Pág.</u>
B-6.6.1.- Factores Cósmicos	140
B-6.6.2.- Factores Religiosos	144
B-7.- <u>FACTORES DESENCADENANTES</u>	147
B-8.- <u>PATOGENIA</u>	152
B-8.1.- BASES NEUROQUIMICAS Y NEUROENDOCRINAS	152
B-8.2.- ASPECTOS PSICODINAMICOS Y PSICOGENETICOS	155
B-9.- <u>CLINICA</u>	167
B-9.1.- TECNICAS SUICIDAS	167
B-9.2.- SECUENCIA CONDUCTUAL	173
B-10.- <u>PREVENCION</u>	179
B-10.1.- PREVENCION PRIMARIA	179
B-10.2.- PREVENCION SECUNDARIA	193
B-10.3.- PREVENCION TERCIARIA	218
C.- <u>PLANTEAMIENTO DE NUESTRO TRABAJO: (HIPOTESIS Y OBJETIVOS)</u>	225
D.- <u>MATERIAL Y METODO</u>	235
D-1.- <u>POBLACION</u>	235
D-1.1.- ESTUDIO I. SUICIDIOS CONSUMADOS	235
D-1.2.- ESTUDIO II. TENTATIVAS DE SUICIDIO	236
D-1.3.- ESTUDIO III. SEGUIMIENTO	240
D-2.- <u>INDICADORES UTILIZADOS</u>	245
D-2.1.- ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS	245
D-2.2.- ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO	247
D-2.3.- ESTUDIO III: SEGUIMIENTO	254

	<u>Pág.</u>
D-3.- <u>INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS</u>	256
D-3.1.- ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS	256
D-3.2.- ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO	258
D-3.3.- ESTUDIO III: SEGUIMIENTO	272
D-4.- <u>ANALISIS DE LOS DATOS</u>	277
E.- <u>RESULTADOS</u>	279
E-1.- <u>ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS</u>	279
E-1.1.- INCIDENCIA	279
E-1.2.- DEMOGRAFIA	280
E-1.2.1.- Edad	280
E-1.2.2.- Sexo	282
E-1.3.- OTROS FACTORES DE RIESGO	287
E-1.3.1.- Estructura familiar	287
E-1.3.2.- Estaciones. Periodo del año. Día de la semana	293
E-1.4.- CLINICA	298
E-1.4.1.- Técnica	298
E-1.4.2.- Lugar donde se realizó el suicidio	306
E-1.4.3.- Soporte socio-familiar	309
E-2.- <u>ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO</u>	312
E-2.1.- DATOS DEMOGRAFICOS DE IDENTIFICACION DE LA MUESTRA	313
E-2.2.- FACTORES ETIOPATOGENICOS	319
E-2.3.- ASPECTOS CLINICOS Y PSICOPATOLOGICOS	346
E-3.- <u>ESTUDIO III: SEGUIMIENTO</u>	371
F.- <u>DISCUSION</u>	387

Pág.

G.-	<u>CONCLUSIONES</u>	410
-----	---------------------	-----

H.-	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	414
-----	---------------------	-----

A	414
B	419
C	428
D	435
E	438
F	440
G	444
H	450
I	455
J	456
K	458
L	463
M	469
N	476
O	477
P	480
Q	487
R	488
S	496
T	506
U	509
V	510
W	512
Y	516
Z	517

IB-. INTRODUCCION:

B-1.-MOTIVACION PERSONAL:

Tras la terminación de mi licenciatura en medicina y cirugía y mi reválida de licenciatura mediante el sistema de tesina con un trabajo sobre la patografía del poeta inglés Lord Byron dentro de un análisis del movimiento romántico en un contexto psiquiátrico. Estudio que me llevó a una profundización en los aspectos fenomenológico-existenciales, simultaneada con una profundización clínica en la labor que durante estos años vengo realizando en el departamento de psiquiatria de la Universidad Complutense que dirige el Profesor Alonso-Fernández.

El suicidio como conducta autodestructiva representa un paradigma de la psicopatología. Por un lado es una alteración de conducta en su realización; compleja, ya que es la consecuencia de la alteración de uno de los instintos básicos: el de conservación de la propia vida; que conlleva a su vez toda una elaboración psicológica sobre una perversión instintiva dentro, en la mayoría de los casos, de un cuadro de una impregnación minusvalorativa, triste, despreciativa de la realidad y del momento psíquico del individuo que va a verse abocado en un momento determinado a esta conducta autodestructiva.

El suicidio es un tema de actualidad no solamente en el campo de la psiquiatria sino también es un tema de comentario

histórico, actual, ético y filosófico. Si bien cada uno de estos aspectos requeriría un minucioso análisis no va a ser nuestro objetivo afrontar todos ellos. Es la visión médica desde una perspectiva psiquiátrica la que nos va a llevar a profundizar en algo cotidiano con lo que nos hemos de enfrentar en nuestra práctica profesional. No cabe duda de que el suicidio es un fenómeno relativamente frecuente en la práctica médica, y de que, lejos de ser bien conocido, falta mucho por investigar. Esto ha dado lugar a que en todo el mundo, incluido nuestro país, estén surgiendo constantemente durante los últimos años, estudios de gran calidad que intentan arrojar un poco de luz sobre esta cuestión. Nuestro interés por el tema, dentro de este contexto, nos ha llevado a la realización de este trabajo, que presentamos para la obtención del grado de doctor.

Revisando las actas del primer Symposium Europeo sobre suicidio celebrado en Madrid en Febrero de 1985, tendríamos un botón de muestra de participaciones internacionales en las que desde la afirmación del presidente de la división de salud mental de la O.M.S., profesor Sartorius, de que el suicidio es causa de numerosas pérdidas de vidas humanas, perjuicios económicos y sufrimiento por parte de los allegados de las víctimas sobre el que hacen falta más investigaciones para conocer mejor el importante componente de cualquier acción de salud pública organizada con miras a abordar el problema del suicidio.

La Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, que dirige el profesor Sarró, ha dedicado un número monográfico a finales de 1984, al problema del suicidio. Junto a trabajos epidemiológicos y revisiones bibliográficas se presenta la casuística y la sistemática de trabajo del grupo de prevención del suicidio y tratamiento del mismo que dirige la doctora Blanca Sarró. También en otros contextos geográficos, y dentro de los últimos años en la Universidad de Santiago, en la Universidad de Zaragoza y en distintos puntos de España se viene profundizando en un tema que si bien a nivel público, como inmediatamente veremos, no tiene la relevancia que en otros países; a nivel hospitalario y clínico es bastante frecuente y a menudo conflictivo en cuanto al curso clínico y evolutivo.

Las informaciones recogidas en la literatura de los distintos países nos hablan de como el suicidio entre los enfermos mentales supone una cifra que oscila entre el 50 y el 75% de todas las muertes por suicidio, y de como la prevención, en cuanto a identificación de los casos antes de la realización del acto autolesivo es realmente compleja.

Otro dato preocupante es la reiteración de estos actos suicidas que ha llevado a la formulación clave del gravísimo riesgo de los repetidores de tentativas que tarde o temprano van a concluir con desdichado éxito en este juego con la muer

te que conlleva toda una secuencia de desesperanza, de separación del mundo o de impulsividad mal controlada en la que la agresividad va a terminar con la vida humana. Muchos son los aspectos que vamos a analizar de este tema, pero quizá algunos de forma peculiar.

Desde una perspectiva clínica, la identificación precoz del potencial suicida se muestra interesante, pero poco práctica; por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, junto a las medidas rehabilitadoras que al suicida que ha fracasado en su intento nosotros podemos ofrecerle, se nos plantea como una alternativa sugerente para este trabajo. Con esta perspectiva y siendo este un tema llevado con especial interés en nuestro departamento, y contando con revisiones bibliográficas de calidad en Español y en otros idiomas de nuestro entorno, emprendimos el presente trabajo con la intención de aportar nuestro grano de arena a la problemática que la conducta suicida plantea en el momento actual.

En primer lugar presentaremos una introducción teórica sobre la suicidología, para centrar la posición personal, realizar una remisión de las distintas posturas preventivas que cabía deducir de los conocimientos sobre el fenómeno suicida, y finalmente presentar los modelos terapéuticos universalmente aceptados que servirán de base para el proyecto que vamos a presentar.

B-2-.CONCEPTO

Según BAYET (1922) el neologismo latino "suicidium" es usado desde el siglo XVII por los casuistas. SARRO (1983) dice que la palabra "suicidio" es utilizada por primera vez en Inglaterra, estando inscrita en "The Oxford English Dictionary" en 1635. Según GORCEIX y ZIMBACCA (1968) fué el Abate Prévost el primero que utiliza la palabra "suicide", en 1734, en la gazeta que dirige desde 1733 a 1740, palabra que a partir de 1737 también emplea el abate Desfontaines en sus observaciones sobre los escritos modernos (PEILLIER, 1985).

La Academia Francesa inscribe en 1762 la palabra "suicide" para definir el acto de aquel que se mata a si mismo y en 1798 para designar a la persona que se mata a si misma.

El término parece llegar a España con cierto retraso, ya que en el diccionario Francés-Español de CORMON (1800), considerado como el más completo de la época, se traduce "suicide" por "suicidio" (muerte que uno se da a si mismo) y "suicida" (el que se da la muerte), pero en la sección española no aparece el término "suicidio" sino el término "matarse".

producir este resultado". Es decir, directamente (cuando la muerte sobreviene por la lesión) o indirectamente (como complicación de la lesión); por un acto positivo (una lesión producida de forma activa) o negativo (pasiva). La tentativa se diferencia por ser un acto como el anteriormente descrito, pero detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte.

ALONSO-FERNANDEZ (1978) considera una tercera clase de acto suicida, el "suicidio frustrado" que sería aquel en que no ha llegado a consumarse porque ha intervenido alguna circunstancia casual o una tercera persona que lo ha impedido. La "tentativa suicida", sería, entonces, aquella en que la muerte no se produce a causa del empleo de medios inadecuados o insuficientes.

B-3.- LA SUICIDOLOGIA:

Numerosas términos han venido ampliando el lenguaje de la "suicidología", término conocido desde 1929 y 40 años después revalorizado por SHNEIDMAN (SOURBRIER, 1983). La Suicidología sería el estudio de todos los fenómenos auto-destructivos que tendría como objeto fundamental delimitar desde el punto de vista sociológico y médico, las características más relevantes del acto autoagresivo desde su planteamiento en una situación social determinada en un sujeto que sufre o no una enfermedad y en un contexto concreto; y el de tipificar forma y modo de estudio para clasificar el

suicidio, configurando leyes explicativas del mismo.

La conducta autodestructiva no siempre es fácilmente delimitable; de hecho, el concepto de proximidad a la muerte de uno mismo o el análisis de un fallecimiento en relación a la voluntariedad y a la realización individual de este acto como deseo voluntario de acabar con la propia vida es un objeto difícil de delimitar. No solo la definición de caso de suicidio, esto es, objeto de estudio de la suicidología va a ser complicada, sino que los métodos de análisis del fenómeno suicida van a ser un tanto complicados. Por un lado, el análisis de los registros de muertes van a entremezclar las muertes violentas, por accidentes de tráfico, por caídas, por situaciones de difícil explicación en las que no siempre va a estar claro este deseo de muerte por parte del sujeto implicado en ellas. Las tentativas, es decir, las conductas autodestructivas atentadas tras el fracaso del individuo, no siempre van a mostrar una veracidad autodestructiva ni una clara intencionalidad de muerte. Por último, los casos salvados "in extremis" por los médicos van a estar siempre mediatizados por el recuerdo, la elaboración psicológica posterior, y el drama que el sujeto transmite en ese mantenimiento de una vida que quería o no destruir y que se replantea continuar manteniendo.

Conviene destacar cómo factores culturales y éticos, junto con matrices subjetivas, influyen sobre esta situación de forma que muchos autores critican su posibilidad de estudio por todo el error de observación intro y extrospectivo que esto conlleva.

Las leyes definidoras del fenómeno suicida son tan heterogéneas, y las clasificaciones son tan múltiples que vamos a pasar a continuación, no solamente a analizar algunos términos más, sino algunas clasificaciones importantes que delimitan el objeto de nuestra prevención y del tratamiento que nosotros vamos a proponer.

Así, los distintos autores hablan de "suicidio psicológico" (RAINES, 1950) en el que un individuo elige un órgano determinado al que imputa su muerte. "Suicidalidad" (POLDINGER, 1969) como integral de cuantas energías y funciones psíquicas actuales que tienden al acto suicida. "Crisis suicida" (STENGEL, 1965) como estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos autodestructivos.

"Parasuicidio" (KREITMAN, 1977) como aquellos casos de autoagresión en los que la intención de muerte no es esencial en su definición. "Pseudointentos de suicidio" (POLAINO-LORENTE, 1984) para aquellas tentativas que son en realidad una manipulación o una llamada de atención, etc...

Las clasificaciones propuestas para el suicidio son casi innumerables. DURKHEIM (1897) distinguía tres tipos elementales y tres tipos mixtos:

Carácter fundamental		Variedades secundarias	
Tipos elementales	Suicidio egoísta	Apatía	Melancolía perezosa, con complacencia de sí misma. Sangre fría, desengañada, del escéptico.
	Suicidio altruista	Energía apasionada o voluntaria.	Con sentimiento, tranquilo del deber. Con entusiasmo místico Con valor apacible.
	Suicidio anómico	Irritación Hastío	Recriminaciones violentas contra la vida en general. Recriminaciones violentas contra una persona en particular (homicidio o suicidio).
Tipos Mixtos	Suicidio ego-anómico		Mezcla de agitación y de apatía; de acción y de ensueño.
	Suicidio anómico-altruista		Efervescencia exasperada.
	Suicidio ego-altruista		Melancolía atemperada por una cierta firmeza moral.

BAECHLER (1975) distingue cuatro tipos de suicidios:

A.- ESCAPISTAS:

- 1.- Huida (propiamente dicha): de una situación insoporable.
- 2.- Duelo: huida por la pérdida de un ser amado.
- 3.- Castigo: huida para expirar alguna falta.

B.- AGRESIVO:

- 1.- Venganza: intención de provocar remordimientos.
- 2.- Crimen: asesinato de otra persona.
- 3.- Chantaje: intención de coaccionar a otro.
- 4.- Llamada: necesidad de atención por parte de otros.

C.- OBLATIVO:

- 1.- Sacrificio: Intención de salvar o conseguir algo valorado más que la propia vida.
- 2.- Transición: Intención de acceder a un estado juzgado como superior al actual.

D.- LUDICO:

- 1.- Ordalia: Intención de exponer la propia vida para probarse a sí mismo o para solicitar el juicio de los Dioses.
- 2.- Juego: Utilizar las posibilidades de muerte para jugar con la vida.

FARBEROW (1980) propone separar los comportamientos autodestructivos en dos categorías fundamentales:

- 1.- A.D.D. (Directa o consciente), que correspondería al suicidio clásico.
- 2.- A.D.I. (indirecta o inconsciente-preconsciente), que sería teóricamente inconsciente y no reconocida como suicidio.

Tal como anteriormente decíamos, las clasificaciones propuestas son muy numerosas, la de ROJAS (1984) tal vez sea una de las más completas de entre todas las propuestas:

1.- SEGUN LA ETIOLOGIA

- 1.1 Psicótico
- 1.2 Neurótico
- 1.3 Social
- 1.4 Psicodisplásico
- 1.5 Filosófico

2.- SEGUN LA FORMA

- 2.1 Según la dinámica formal:
 - 2.1.1 Impulsivo
 - 2.1.2 Obsesivo
 - 2.1.3 Fóbico-Obsesivo
 - 2.1.4 Reflexivo
 - 2.1.5 Histriónico

2.2 Según la técnica:

2.2.1 Suave

2.2.2 Brutal

2.2.3 Intermedia

2.2.4 Insólita

2.2.5 Enmascarada

2.2.6 Suicidio moral

3.- SEGUN LA INTENCIONALIDAD

3.1 Con intencionalidad de muerte

3.2 como huida de una situación insostenible

3.3 Conductas de riesgo

3.4 Intencionalidad ordálica

3.5 Veleidad suicida:

3.5.1 Carácter lúdico

3.5.2 intención catártica

3.6 Chantaje suicida

3.7 Suicidio como revancha

3.8 Suicidio por balance existencial.

4.- SEGUN LA RELACION DE INTEGRIDAD CON LA SOCIEDAD

4.1 Egoista

4.2 Altruista

4.3 Anómico

5.- SEGUN LOS RESULTADOS

- 5.1 Suicidio consumado
- 5.2 Suicidio frustrado
- 5.3 Intento de suicidio
- 5.4 Suicidio aparente
- 5.5 Equivalentes suicidas
- 5.6 Suicidio moral

6.- SEGUN EL CURSO

- 6.1 Unico
- 6.2 Recidivante

7.- SEGUN LA GRAVEDAD

- 7.1 Mortal
- 7.2 Muy grave
- 7.3 Grave
- 7.4 Leve
- 7.5 Aparente

8.- SEGUN EL NUMERO DE PERSONAS QUE REALIZAN EL ACTO

- 8.1 Individual
- 8.2 Doble
- 8.3 Ampliado (inducido).
- 8.4 Colectivo:
 - 8.4.1 Colectivo racional
 - 8.4.2 En procesos pasionales
 - 8.4.3 En delirantes agudos
 - 8.4.4 En delirantes crónicos
 - 8.4.5 En síndromes más complejos

9.- SEGUN LA CONCIENCIA DEL ACTO.

- 9.1 Suicidio consciente
- 9.2 Suicidio en el curso de un embotamiento de conciencia.
- 9.3 Suicidio en el curso de un estado crepuscular.

10.- SEGUN LA ACTITUD DEL SUJETO

- 10.1 Suicidio pasivo
- 10.2 Suicidio activo

11.- SEGUN SU RELACION CON LA AGRESIVIDAD

- 11.1 Intento de suicidio por inhibición de agresiones.
- 11.2 Intento de suicidio por introyección de la agresividad.
- 11.3 Intento de suicidio postagresivo.

12.- SEGUN SU RELACION CON LA DEPRESION

- 12.1 En depresiones muy suicidógenas
- 12.2 En depresiones con un riesgo suicida grave
- 12.3 En depresiones con un riesgo suicida moderado
- 12.4 En depresiones sin riesgo suicida

13.- SEGUN LA RESPUESTA TERAPEUTICA

- 13.1 Intento de suicidio de respuesta biológica
- 13.2 Intento de suicidio de respuesta psicológica
- 13.3 Intento de suicidio de respuesta sociológica
- 13.4 Intento de suicidio de respuesta biopsicológica
- 13.5 Intento de suicidio de respuesta conductal.

Nosotros utilizaremos la calificación de ALONSO-FERNANDEZ (1978) que admite tres tipos básicos de actos suicidas: suicidio consumado, frustrado y tentativa de suicidio, que ya hemos definido, y cuatro tipos marginales y discutibles.

TIPOS BASICOS	TIPOS MARGINALES Y DISCUTIBLES
A.- Suicidio consumado	A.- Suicidio encubierto
B.- Suicidio frustrado	B.- Suicidio pasivo
C.- Tentativa de suicidio	C.- Equivalentes suicidas
	D.- Automutilación

CLASES DE ACTOS SUICIDAS SEGUN ALONSO-FERNANDEZ (1978).

El "suicidio encubierto" sería aquel que pasa desapercibido generalmente en forma de accidentes de tráfico y accidentes laborales. Algunos han especulado que del 10% al 30% de las muertes producidas por accidentes automovilísticos en que se ve implicado un solo vehículo podrían ser suicidios (GOMEZ DEPERTUS, 1977). PHILLIPS (1977) dice haber comprobado que por igual que el número de suicidios, los accidentes de tráfico aumentan tras la publicación de un hecho de suicidio. MENDEL (1967) también involucra a muchos accidentes deportivos como suicidios encubiertos, y DUBLIN (1963) pudo comprobar una mortalidad por suicidio mayor entre los poseedores de seguros de vida por cantidades impor-

tantes de dinero que dentro de la población general, lo que parece indicar, como dice POLDINGER (1969), que en relación con seguros de fallecimiento, la ocultación de la muerte por suicidio desempeña un papel que no es de menospreciar.

El "suicidio pasivo" sería el de los sujetos que no realizan (activamente) los medios para evitar el final, de otro medio irremediable, y están fundamentalmente representados por aquellas personas que interrumpen drásticamente su alimentación y necesidades vitales, y por los que estando enfermos de alguna enfermedad importante rechazan o descuidan las oportunas medidas preventivas y terapéuticas.

Los "equivalentes suicidas" incluirían las conductas de alto riesgo y desafío de la muerte, muy frecuentes en algunos adolescentes (QUIDU, 1964), pero que no debe hacerse extensivo a todas las profesiones arriesgadas (GALLE-TESSONEAU y HADNI, 1984), ni a las drogodependencias, ya que según ALONSO-FERNANDEZ (1985), esta catalogación pasa por alto las motivaciones inmediatas de los drogadictos, prendidos a la búsqueda del placer, el alivio de sufrimiento, la curiosidad, el hambre de nuevas vivencias, la evasión de la realidad. Cuando un comité de expertos de la

O.M.S. se pronunciaba en 1976 por catalogar las inyecciones de heroína como equivalentes suicidas, basándose en que provocan lesiones e implican un alto riesgo de letalidad, conocido por el propio drogadicto, se hacía tabla rasa de su personalidad y sus motivaciones ligadas al afecto hacia los demás y la búsqueda del placer corporal, cuyo conocimiento ha avanzado lo suficiente a lo largo de los últimos ocho años para hacer insostenible aquella equiparación.

Por último estarían las "automutilaciones", que desde el punto de vista psicodinámico y motivacional poseen una impronta de autodestrucción que no existe en los demás actos suicidas. En realidad, constituyen muy pocas veces un suicidio (ALONSO FERNANDEZ, 1978).

El suicidio "lógico-metafísico" donde el sujeto, en situación de equilibrio total, después de una ponderada reflexión, decide friamente quitarse la vida, es una figura terórica de conducta suicida aducida una y otra vez por las doctrinas que abogan por la necesidad de respetar el derecho del ser humano a morir suicidándose. Porque si este tipo de suicidio se presentase en la realidad con cierta frecuencia, no cabe duda de que la ligazón entre la libertad y el suicidio merecería ser tomada en consideración. Es curioso que tal argumento haya sido esgrimido, pero sin prácticarlo, por muchos escritores. La experien

cía de la realidad acredita que la libertad interior suele hallarse anulada en el candidato al suicidio bajo la presión ejercida por una grave tensión conflictiva psicológica, una acuciante o desesperada situación social o un fuerte trastorno psicopatológico. El respeto de la libertad del suicida para morir es un enunciado contradictorio "in; adjecto", ya que la anulación del condicionamiento psicológico de la libertad interior es una característica casi constante en la fase presuicida (ALONSO-FERNANDEZ, 1985).

Por tanto, no podemos aceptar lo que se ha venido llamando "suicidio racional" como una postura de autodeterminación (KJERVICK, 1984), ya que pensamos, con CIVEIRA y Cols. (1985) que la pulsión suicida es siempre susceptible de intervención por parte del médico y repudiamos la frase de HORACIO: "Es matar a un hombre salvarle a su pesar" ("invitum qui servat, idem facit occidenti" Art. Poet, 467).

Nuestro estudio va a tratar de sistematizar tres nociones fundamentales. En primer lugar la de suicidio consumado, a través de los datos hallados en un servicio anatómico forense en el que las autopsias hallan delimitado que muertes son de estirpe suicida, recogiendo retrospectivamente la casuística que puede ayudar a tipificar las poblaciones culturalmente y demográficamente afectadas por la muerte voluntariamente provocada.

En segundo lugar, y tal como ya hemos venido diciendo, suicidio frustrado sería aquel acto auto-agresivo que en sí mismo conllevaría a la muerte, pero que en virtud de circunstancias intercurrentes, fuera de la voluntariedad del sujeto, se mantiene su vida por la intervención de terceras personas o la de un servicio sanitario. Sería un método casi experimental de estudio del suicidio, serían un fracaso involuntario de su autor, una posibilidad natural de analizar posteriormente, pero con una proximidad inmediata, las características del fenómeno autodestructivo. La dificultad conceptual de este suicidio frustrado justifica la limitación de trabajos sobre el tema y de ahí la originalidad de nuestro estudio que posteriormente presentaremos. Buscamos, pues, similitudes y diferencias entre el grupo de suicidios consumados y el de suicidios frustrados.

En tercer lugar, y dado que la literatura más amplia, por ser un estudio más asequible, es el de las tentativas de suicidio; nosotros estudiaremos un conjunto de pacientes sin intenciones de representatividad muestral, para comparar con los grupos previamente analizados y establecer en estos dos últimos, suicidios frustrados y tentativas, un programa de tratamiento que podrá valorarnos la efectividad objetiva de nuestra intervención y que podrá ser a su vez, una pequeña aportación en el cuerpo de doctrina universal sobre el suicidio.

Creemos que a partir de la problemática que venimos planteando, la proposición de estrategias de intervención ante factores objetivos de riesgo de suicidio entre la población de la ciudad de Madrid, es algo accesible y que podrá ser beneficioso. Queremos diagnosticar y tratar precozmente, haciendo lo que en la literatura se denomina una "intervención en crisis", en aquellos pacientes que han intentado, con mayor o menor eficacia o intencionalidad, acabar con su vida; y posteriormente seguir un grupo de ellos para poder evaluar el curso de sus pulsiones autodestructivas y evitar repeticiones del acto suicida.

Antes de plantear los objetivos y de delimitar el material y métodos, nos parece interesante reflexionar con otros autores sobre las estrategias preventivas y sobre la evolución histórica del fenómeno suicida.

B-4.-HISTORIA:

Hablar de historia del suicidio impone revisar sus diferentes formas de expresión, las distintas ideologías que han surgido al respecto, los suicidios individuales y colectivos que han pasado a la historia por la repercusión que tuvieron o por la relevancia social de sus protagonistas, las diferentes expresiones del suicidio en la literatura y el arte, así como las diversas actividades socioculturales de cada época, incluyéndose aquí la evolución histórica de las medidas adoptadas para su prevención. Tarea amplia y ambiciosa, que supera nuestro propósito de limitarnos a una breve revisión histórica de algunos aspectos que hemos juzgado de mayor interés.

El suicidio es un fenómeno tan antiguo con la propia historia de la humanidad. Desde la antigüedad, en la India, y bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en su búsqueda del "Nirvana" (liberación de todos los males hasta llegar a la "nada absoluta"), se suicidaban, frecuentemente en el transcurso de fiestas religiosas. Esta observación de IZARD (1965), se ve confirmada en un relato de PLUTARCO quien a propósito de un brahman denominado Calamis escribe: "... se sacrificó a si mismo, como era uso en los sabios de su país..." (Vida de Alejandro, CXIII).

En el Egipto antiguo lo que se pedía a la muerte era la liberación. Sus partidarios llegaban incluso a agruparse en asociaciones cuyos miembros buscaban las medidas más agradables para morir. Los suicidios colectivos parecen no haber sido un hecho infrecuente en la antigüedad, ya que han llegado hasta nosotros numerosos ejemplos como el que refiere MONTAIGNE de los Xantienos, que sitiados por Bruto "se precipitaron en confusión, hombres, mujeres y niños; con un deseo de morir tan furioso, que no se ha hecho, por huir de la muerte, nada semejante a lo que ellos hacían por huir de la vida, y de tal modo que apenas Bruto pudo salvar un pequeño número" (Ensayos II, 3).

Muy conocido entre nosotros es el suicidio colectivo de los Numantinos (133 a. de C.), que cercados y agotados de hambre por Escipión Emiliano prefirieron quitarse la vida antes que entregarse a los romanos; y el de Sagunto (219 a. de C.), cuyos habitantes tomaron la misma determinación para evitar caer en manos de Anibal. Este, a su vez, también se suicidaría a sus 74 años mediante un veneno que había guardado durante mucho tiempo en su sortija, declarando según MORON (1977) que "tenía que liberar a los romanos del temor que les inspiraba un viejo, de quien ni osaban esperar la muerte".

El suicidio colectivo también parece haber tenido una finalidad de protesta social como en el caso de los discípulos de Confucio, quinientos de los cuales se precipitaron

en el mar para protestar contra la destrucción de sus libros llevada a cabo tras su muerte. (IZARD, 1965). PLUTARCO nos relata una "epidemia suicida" acaecida entre las jóvenes de Mileto, y como se consiguió acabar con ella al someter los cadáveres a la vergüenza pública: "los jóvenes de Mileto sufrieron un mal terrible y extraño al mismo tiempo. En todas se produjo un deseo de matarse, con tendencia al ahorcamiento. Muchas se ahorcaron secretamente. Las palabras y lágrimas de los padres, los consejos de los amigos, no dieron ningún resultado; finalmente se le ocurrió a un hombre sabio dictar una ley en la que se ordenaba que cuando una muchacha hubiese puesto fin a su vida ahorcándose, se exhibiese el cadáver desnudo en la plaza pública. La ley fue aprobada y se consiguió no solamente que el mal se detuviese, sino que quitó también a los jóvenes el deseo de matarse".

En la Grecia clásica, el suicidio fue un hecho común entre los filósofos, según nos refiere DIOGENES LAERCIO en sus "Vidas de los más ilustres filósofos griegos": Anaxagoras tras ser injustamente encarcelado, pero posteriormente absuelto por Pericles, se suicidó por no poder sobrellevar la injusticia. Su discípulo Sócrates bebió serenamente la cicuta tras haber sido condenado a muerte. Diodoro se quitó la vida a causa de un fracaso dialéctico con Estilpón. Meredemo murió por no tomar alimento voluntariamente durante siete días a causa de un fracaso político. Más curioso es el relato que hace Metrocles: "estando un día en una lección, se le escapó

una ventosidad involuntariamente. Tanto fué el rubor y pena que de ello le sobrevino, que se cerró en su cuarto con ánimo de dejarse morir de hambre", lo que no ocurrió gracias a la persuasión de Crates. Espeusipo se suicida, al no soportar ver su cuerpo "corrompido de perleria". Aristóteles bebió el acónito a los 70 años, Demóstenes se envenenó para privar a sus verdugos de la alegría de asesinarlo, Menipo se ahorcó, etc...

Sin embargo, tal como afirma BAYET (1971), en la Grecia antigua, ciudades con el mismo grado de civilización reaccionaban de forma muy diferente (algunas en absoluto) frente al suicidio, y por motivos que no siempre son descifrables. En Tebas y en Chipre se privaba a los suicidas de los honores fúnebres, en otras ciudades se les negaba todo funeral, en otras únicamente la hoguera. En Atenas se cortaba la mano derecha, para enterrarla aparte del cuerpo, de aquellos que se han quitado la vida mediante la espada, con el fin de evitar que el muerto pudiese cometer crímenes sobre los vivos.

La doctrina pitagórica ve en el suicidio una brutal ruptura del equilibrio establecido entre el alma y el cuerpo, y la platónica descarta deliberadamente la idea de la muerte voluntaria. El epicureismo, sin condenar el suicidio, le es más bien hostil. El estoicismo es la única concepción filosófica verdaderamente favorable al suicidio, aunque es considerado odioso y vil cuando la familia del suicida o la sociedad sufrirá por ello y cuando el hombre es transportado por

una aversión irracional e inmoderada, la "libido moriendi", el "loco deseo de muerte". (MORON, 1977).

La postura estoica frente al suicidio puede resumirse en estas frases de SENECA: "No debemos aferrarnos a la vida, pues la buena cosa no es vivir, sino vivir bien. Por esto, el sabio no vivirá tanto como pueda, sino tanto como deba. No vale la pena conservar la vida a cualquier precio. Debemos querer la vida aprobada por los demás, la muerte, empero, aprobada por uno mismo: la mejor muerte es aquella que agrada. Solo respecto de esta ciencia del morir podemos decir que llegará sin falta el día en que nos será exigida su aplicación" (Cartas morales a Lucilio, LXX). Seneca ordenaría a su médico que le cortase las venas. Otro español, Lucano, también se suicidaría, para evitar ser ajusticiado por Nerón, quien, a su vez, se hizo dar muerte por uno de sus libertos.

En Atenas, si una persona, antes de herirse, pedía al Senado que se lo autorizase, haciendo valer las razones que le hacían la vida intolerable, y su demanda era atendida favorablemente, el suicidio era considerado como un acto legítimo (DURKHEIM, 1897). Huir de la deshonra de verse ajusticiado, es considerado como lícito, y CICERON admira el suicidio de Lucrecio a pesar de que piensa que "el hombre religioso no debe rehusar las responsabilidades que Dios le ha confiado con la existencia" (República, VI, 10).

En Roma, el suicidio de esclavos era frecuente, pero estaba prohibido; los que no llegaban a consumarlo eran severamente penados. También estaba penado para los soldados romanos, que pertenecían al estado, y por lo tanto no podían disponer de sus vidas. Sin embargo, todos tenían el derecho a eliminarse en caso de sufrimiento intolerable. (IZARRO, 1965).

Catón se encerró en Utica tras la derrota de sus aliados; frente a la imposibilidad de continuar la lucha, desenvainó su espada y se la hundió en medio del estómago. Su ejemplo fue seguido por su familia, en la que se encuentran no menos de 5 suicidas en dos generaciones. (MORON, 1977).

En Heliogábalo podemos encontrar un curioso ejemplo de juego lúdico con el suicidio, a pesar de que nunca atentó contra su propia vida; lo describe MONTAIGNE: "El hombre más afeminado del mundo que fue Heliogábalo, entre sus muchas voluptuosidades tenía la de querer hacerse matar cuando se le presentara oportunidad; y para que su muerte no desmintiese el resto de su vida, hizo construir una torre suntuosa, con una explanada delante, pavimentada y adornada con oro y pedrerías, por si quería precipitarse desde lo alto del muro. Mandó también trenzar cuerdas de oro y seda carmesí para estrangularse y una espada de oro para acuchillarse. Guardaba veneno en vasijas de esmeralda y topacio a fin de estar presto a darse muerte del modo que mejor le plugiere". (Ensayos, 2, XII).

Describe también MONTAIGNE dos casos en los que se busca la muerte por padecer una enfermedad que se ha hecho insoportable en ambos casos, tras la curación, se prefiere el suicidio: "El filósofo Cleanto tenía hinchadas y pútridas las encías y los médicos le aconsejaron una rigurosa abstinencia. Ayunó pues, 2 días, y mejoró tanto que le dieron por curado y le autorizaron a reanudar su vida ordinaria. Pero él, habiendo experimentado cierto dulzor en aquel desfallecimiento, resolvió no desandar camino y franqueó el paso a que tanto se había aproximado". "Pomponio Atico... hallándose enfermo hizo llamar a su yerno Agripa y a 2 ó 3 amigos, y les dijo que había hecho la reflexión de que sus enfuerzos para alargar la vida le alargaban el dolor, por lo que prefería quitarse el uno y la otra. Y habiendo decidido matarse no comiendo, he aquí que ello le curó; así el remedio que empleaba para suicidarse devolvióle la salud. Los médicos y los amigos celebraban tan fausta mudanza, pero él no participó en su opinión, diciéndoles que, al fin y al cabo, algún día habría de franquear aquel paso y prefería quitarse el trabajo de tener que volver a empezar".

En los pueblos "bárbaros", el suicidio tampoco parece ser un fenómeno extraño. En Alemania, según IZARD (1965) era común que los ancianos y las mujeres se suicidaran a fin de abrirse delante de ellos las puertas del "Walhalla";

los amigos se mataban entre sí al finalizar los banquetes; las viudas se sacrifican sobre los cuerpos de sus esposos muertos. Los romanos se asombran ante la facilidad y tranquilidad con que galos y germanos se producen a sí mismos la muerte, según expresan PLINIO, CESAR, VALERIO MAXIMO, etc...

Los habitantes de España son a menudo descritos como "despreciadores de la vida y dispuestos a morir antes que dejarse cautivar" (TAPIA. 1985). SILVIO ITALICO describe a los Celtas españoles como "una nación pródiga de su sangre y muy dada a apresurar la muerte. Luego que el Celta ha franqueado los años de la fuerza floreciente, soporta con impaciencia el muro del tiempo y desdeña conocer la vejez; el término de su destino está en su mano". (Púnica, I, 225).

Los cristianos también desafiaban la autoridad romana, ya que muchos estaban dispuestos al martirio, de tal forma que el Concilio de Elvira, del año 314, prohibió a los cristianos inducir de este modo su propia muerte, ya que los que lo hicieran no serían considerados mártires, sino suicidas (TAPIA, 1985).

Ni el Antiguo, ni el Nuevo Testamento parecen prohibir el suicidio de una forma muy explícita, aunque encontramos en ellos relatos de suicidios; los más conocidos tal

vez sean los de Sansón y Saul que se mataron para evitar ser asesinados por el enemigo y el de Judas, el apóstol traidor. Otros menos famosos son los de Abimalech: "Saca tu espada y mátame, porque no se diga de mí: una mujer lo mató" (Jueces, IX, 54). "Más viendo Zimrí tomada la ciudad, metiose en el palacio de la casa real, y pegó fuego a la casa consigo: así murió" (Reyes, I, 16,18). Y Ajitofel, viendo que no se había puesto por obra su consejo, levántose y fuese a su casa en su ciudad; y después de disponer acerca de su casa, ahorcose y murió, y fué sepultado en el sepulcro de su padre". (Samuel, II, 17, 23).

SAN AGUSTIN admite la búsqueda de la muerte mediante el martirio, pero defiende la teoría de que el mandamiento "no matarás" no especifica la identidad de la víctima, por lo cual debe incluirse en la prohibición al propio sujeto. El Concilio de Arles, en el año 542, lo declara "acto inspirado en la posesión diabólica".

SANTO TOMAS DE AQUINO considerará más tarde que los suicidas pueden actuar bajo el padecimiento de una enfermedad mental; eximiendo de culpa a los "insanos" y a los "furiosos".

El CORAN prohíbe explícitamente el suicidio en varias ocasiones, llegando incluso a considerarlo como un crimen mucho más grave que el homicidio: "el hombre no muere sino

por voluntad de Dios, según el libro que fija el término de su vida" (III, 139). "Cuando el término llegue, no podrá retrasarlo ni adelantarlo un solo instante" (XVI, 63). "Hemos decretado que la muerte os hiera por turno y nadie podrá contradecirnos" (LVI, 60).

Por el contrario los herejes cátaros invitaban a algunos de sus miembros, "los perfectos" a consumir lo que denominaban: "suicidio sagrado".

También "antiguos creyentes" rusos, según LEPP (1971), recurrieron en ocasiones al suicidio colectivo por el fuego, antes que renunciar a sus prácticas arcaicas condenadas por la Iglesia oficial.

Los visigodos se arrojaban desde un peñasco ("peñasco de los antepasados"), pues creían que esa demostración de coraje les aseguraba la entrada en el paraíso". (IZARD, 1965). Pero el haber intentado suicidarse, incapacitaba para ser rey, como sucedió con el rey Wamba, que fué vestido por Ervigio, tras administrarle un brebaje, con el hábito de penitente, que le hacía aparecer como arrepentido por haber intentado quitarse la vida. Así perdió el trono. (TAPIA, 1985).

En el año 563 en el Concilio de Praga se decide que los suicidas no serían "honrados con ninguna conmemoración

en el santo sacrificio de la Misa y que el canto de los salmos no acompañaría sus cuerpos a la tumba. La legislación civil francesa se inspiró en el derecho canónico, añadiendo penas materiales a las religiosas. Un capítulo de las ordenanzas de San Luis regula especialmente la materia: se hacía un proceso al cadáver del suicida ante las autoridades, los bienes del fallecido se instruían a los herederos ordinarios. Un gran número de costumbres no se contentaban con la confiscación, sino que prescribían además diferentes suplicios. (DURKHEIM, 1897).

En Zurich, si el suicidio se había realizado con un puñal, se introducía un trozo de madera en la cabeza; si se había ahogado, se enterraba el cadáver a cinco pies del agua; si se había precipitado en un pozo, se le enterraba bajo una montaña o cerca de un camino, fijándole en el suelo y poniéndole una piedra sobre la cabeza, otra sobre el cuerpo y otra sobre los pies. (HURLIN, 1952).

En Burdeos, el cadáver era suspendido por los pies; en Abbeville, se le arrastraba por las calles sobre unas andas; en Lille, si era hombre, el cadáver, arrastrado, de mala manera, era colgado; si era mujer quemado (GARRISON, 1883).

En Inglaterra, desde el siglo X los suicidas son así milados a los ladrones, a los asesinos y a los criminales

de toda especie. Hasta 1823 imperó el uso de arrastrar el cuerpo del suicida por las calles, con un palo pasado al través, y enterrarlo en un camino público sin ninguna ceremonia. El suicida era declarado felón (felo de sé) y sus bienes, incorporados a la Corona. (DURKHEIM, 1897).

Lo cierto es que, como dice BARBERO (1966), hasta el siglo XVIII la legislación civil de casi todos los países conminaba el suicidio con las más graves y deshonrosas penas, que alcanzaban a los familiares. Al suicida se le enterraba debajo de la horca o en los caminos, después de verificar el denominado "entierro del asno". Para aumentar la infamia se añadían determinadas prácticas: el cadáver no podía salir por la puerta de la casa, sino que había que sacarle por la ventana; y el verdugo le conducía a su sepultura en la carreta de los animales sacrificados.

En España las PARTIDAS establecen: "Desesperado seyendo alguno ome en su vida por yerro que ouiesse fecho, de manera, que se matasse el mesmo despues que fuesse acusado. En tal caso como este desimos, que ni el que se mató por miedo a la pena, que esperaua recibir por aquel yerro era atal que si le fuesse prouado, deue morir porende, e perder sus bienes, e seyendo ya el pleyto comensado por demanda, e por respuesta se mato, estonce deuen tomar todo lo suyo pata el Rey. Esso mismo seria, si el yerro fuesse de tal natura, quel fazedor del pudiesse ser acusado despues

de su muerte, assi como de suso diximos en las leyes deste titulo (la 7^a) que fahlan en esta rezon. Mas si el yerro fuese tal, que por razón del non deuiesse prender muerte, maguer se matasse, non le deuen tomar sus bienes, ante duen fincar sus herederos. Esso mesmo deue ser guardado, si alguno se matasse por locura, o por dolor, o por cuyta de enfermedad, o por otro grand pesar que ouiesse" (7^a, 24, 1).

Las ordenanzas reales de Castilla mantienen la pena de confiscación para el suicidio con distinto alcance en dos de sus leyes: la que procede de Alfonso XI establece: "Todo home o muger que se matare a si mesmo, pierda todos sus bienes para la nuestra cámara" (VIII, 19,19), mientras que la derivada de Enrique III estatuye: "El que se matare a si mesmo, pierda todossus bienes, no teniendo herederos descendientes" (VIII,13, 9).

Dos ejemplos históricos pueden servir de ilustración del trato recibido por los suicidas durante esta época: el primero, citado por HURLIN (1952) data de 1723: "Para el mencionado difunto Pierre el Grande de esta ciudad (Bergues-Saint-Winoc) que ha muerto por satisfacción propia, ordenamos que su memoria sea condenada, apagada y suprimida a perpetuidad, que su cadaver sea atado por el ejecutor de la alta justicia sobre un encañizado y arrastrado por las calles de esta ciudad hasta las horcas patibularias, donde será colgado, con la cabeza en una horca que será colocada a este

efecto en el mencionado lugar, y le condenamos a las costas".

El otro ejemplo se trata del proceso de Jean Calas, rico comerciante de Toulouse, cuyo hijo Marco Antonio apareció colgado el 13 de Octubre de 1761 en su domicilio. Se supone que Jean Calas, al descubrir el cadaver de su hijo, asustado por las consecuencias que sobre él y sus restantes hijos podría tener el hecho de confesar que Marco Antonio se había suicidado, induce a todos los presentes a manifestar que ha aparecido el cadaver sobre el suelo sin saber nadie como pudo haber muerto. Jean Calas es acusado de parricidio y cumple condena de muerte. (BARBERO, 1966).

La ordenanza criminal publicada por Luis XIV en 1670 pronunciaba una condena regular "ad perpetuan rei memoriam": el cuerpo, arrastrado sobre una andas, cara a tierra, por las calles y encrucijadas, era luego colgado o echado al muladar. Los bienes eran confiscados. Los nobles incurrían en degradación y eran declarados plebeyos. Hasta la llegada de la revolución de 1789 no se abolieron todas estas medidas represivas, desapareciendo el suicidio de la lista de los crímenes legales. (DURKHEIM, 1897). Esta medida no es extensiva a los demás países, hay que destacar que el Código Penal del Estado de Nueva York elaborado en 1881 continuaba calificando de crimen al suicidio, no dejando de serlo hasta 1919; (MERLOO, 1966); el mismo año que se deroga en Francia la incriminación del suicidio, pero se castiga con la prisión

(14 años como máximo) a cualquiera que "procure" el suicidio a otra persona o le proporcione ayuda y consejo con esta finalidad. La antigua legislación, que penaba las tentativas con uno a seis meses de prisión había caído progresivamente en desuso: se señalaban en 1938, 25 condenas sobre un total de 3,300 intentos "conocidos". (ALVAREZ, 1972).

En realidad, el cambio de actitud se debe a la aplicación de la teoría de SANTO TOMAS, en lo religioso, de la no culpabilidad del suicida enajenado, y a la doctrina propuesta por ESQUIROL (1838) por la que "el suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales. Los suicidas son alienados. El hombre solo atenta contra su vida cuando está afectado de delirio, que puede estar provocado por múltiples incidencias de la vida: ambición, venganza, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, trastornos familiares, problemas económicos...". Para Esquirol todo suicida es un alienado, de acuerdo con FALRET (1822), BOUNAFEDE (1841): "El suicidio es una enfermedad que tortura a las sociedades y les absorbe el corazón" y BRIERE DE BOISMONT (1856): "El que se suicida es un desdichado o un loco".

En España, PEIRO se precia en una edición de 1832 de que en España, este concepto hubiese sido aplicado con anterioridad: "Guiada nuestra legislación y la práctica por los

principios luminosos que tenemos acerca de la verdadera causa del suicidio, no ridiculiza el cadáver de un desgraciado como sucede en otros países, ni derrama la afrenta e ignominia en su familia, ni castiga en el hijo las culpas de un padre. Arreglada a la opinión general de los hombres más sabios, reconoce un principio que ha sido adoptado posteriormente por otras naciones para evadir las ridículas formalidades y vicios de sus legislaciones en este punto".

Ya VOLTAIRE había defendido el suicidio en "Cándido": "No hay manía más necia y contradictoria que la de llevar siempre una carga a cuestas, que a cada instante desearíamos soltar en el suelo, aborrecer nuestra existencia y no resolvernos a perderla, y acariciar la serpiente que nos devora hasta que ella misma nos haya mordido el corazón". Con el advenimiento del Romanticismo el suicidio pierde parte de su carácter peyorativo, se producen ciertas "epidemias" que atrapan también a algunos de sus principales protagonistas (DE LAS HERAS, 1984) como Pushkin, Larra, ... Es lo que ORTEGA Y GASSET denomina "el mal del siglo". Para HAUSER (1982), durante el romanticismo no hay nada que merezca ser deseado, todo afán y toda lucha es inútil; lo único sensato es el suicidio.

El "Werther" de GOETHE ha sido considerado tradicionalmente como el principal responsable de estas "epidemias

de suicidios románticos"; Werther hace a la vida descabelladas apuestas en las que tiene que perder a la fuerza, para según CAPDEVILLA (1958) contagiar su daño al universo en un gesto final de suprema elegancia. Werther actúa como detonador en una sociedad perturbada, ya que tal como dice CANSINOS (1974), fruto de una época desventurada, engrendra a su vez una epidemia de suicidios, que se le imputan a él cuando él mismo es la víctima de una endemia latente que en él se manifiesta.

La pieza musical "Triste domingo" de Rezso Seress, también provocó una oleada de suicidios durante el romanticismo. Como decíamos a propósito de la obra de Goethe, su función fué casi exclusivamente desencadenante, ya que, como ha puesto de manifiesto GRUHLE (1940), es posible que el pesimismo de Schopenhauer otorgue el último impulso a un hombre ya dispuesto. Pero es mucho más frecuente que el deprimido, en cuya mente dan vueltas pensamientos suicidas, lea antes del final una obra de Nietzsche o Schopenhauer y la deje después sobre la mesa. Esta lectura no es el motivo, no es la causa, es el símbolo de su decisión. El poeta danés Rahbek se preguntaba a sí mismo si se había convertido en melancólico porque siempre llevaba el Werther en el bolsillo, o si siempre llevaba el Werther en el bolsillo porque era un melancólico.

Los suicidios por honor y sobre todo por amor, ya elogiados en la antigüedad por VIRGILIO, CATULO, OVIDIO, etc... se hacen muy frecuentes, al estilo de "Otelo" o de "Romeo y Julieta" de SHAKESPEARE, o al de "La Celestina" de F. DE ROJAS o "La cárcel de Amor" de DIEGO DE SAN PEDRO, por citar ejemplos españoles en que como dice CARO BAROJA (1962) se mezcla el amor con el honor social. Dos dobles suicidios se hicieron muy conocidos durante el Siglo XIX: el de Heinrich Von Kleist (que equipara la muerte al amor en su obra "Penthesilea") con Henriette Vogel; y el del Archiduque Rodolfo, heredero del trono Austro-Húngaro con la Baronesa María Vetsera.

La pareja puede ser un animal, como en el caso de Alexandre Marius Jacob que se suicida inyectándose una dosis mortal de morfina que también inyecta a su perro (THOMAS, 1970).

La lista de los suicidios curiosos o famosos se hace interminable. La hermosa Cleopatra se hace picar por un áspid según SHAKESPEARE exclamando: "el golpe de la muerte es como el pellizco de un amante que hiere y se desea", G. Boulanger que se suicida ante la tumba de su amada (LUJAN, 1984). Santa Pelagia de Alejandría que se arrojó al río para salvar su honestidad. A. Nounit que se tira desde un quinto piso por

haber fallado en una nota durante una representación, igual que P. Brossolette para no declarar ante la policía enemiga. J. Pallach se suicida ante los tanques rusos que invaden Checoslovaquia. Lucrecia, Marco Aurelio, Condorcet, Gérard de Nerval, Van Gogh, Alfonsina Storni, Cesare Pavese, Antero de Quental, Soares dos Reis, Camilo Castello Branco, Ganivet, V. Maiakovski, Hemingway, Max Linder, Charles Pichegru, Luis II de Baviera, Martherland, E. Rommel, Marilyn Monroe, etc...

Un ejemplo de suicidio altruista y colectivo nos lo brindan, en los últimos años, los 2.530 kamikazes que en 1944 se alistan en Japón voluntariamente. (GALLE-TESSONNEAU, 1984). Y de suicidios aparentemente racionales, el de Paul Lafargue, líder socialista discípulo de Marx, quien había prometido no sobrepasar los 70 años de edad; efectivamente al llegar su cumpleaños se quita la vida junto con su mujer. También COEURDEROY (1910, médico y escritor, había anunciado en una de sus obras: "Me suicidaré porque soy libre y no considero la libertad una palabra vana: la extiendo por el contrario hasta el derecho de quitarme la vida si la preveo desgraciada para siempre...". En 1862 se corta las venas y fallece.

En los pueblos poco evolucionados, el suicidio, tal como ya advirtió DURKHEIM (1897) suele ser bastante frecuente, aunque presenta caracteres muy particulares que se pue-

den agrupar en cuatro tipos principales:

- 1.- Suicidios de mujeres tras la muerte del marido.
- 2.- Suicidios de subordinados tras la muerte de sus jefes.
- 3.- Suicidios de hombres atacados de enfermedad o llegados a la plenitud de la vejez.
- 4.- Suicidios de tipo religioso.

"Los guerreros daneses consideraban como una vergüenza morir en su cama, de vejez o de enfermedad, y se suicidaban para escapar a esta ignominia. Del mismo modo, los Godos, creían que los que mueren de muerte natural están destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales pozoñosos". (BRIERRE DE BOISMONT, 1865).

En las Islas Salomón, de la Melanesia, cuando un jefe muere, la mayoría de sus mujeres consideran como una obligación el suicidarse. Para ello se atontan con el jugo de una planta y se ahorcan cerca del cadáver de su marido. El motivo del suicidio es el deseo de acompañar al marido en la otra vida y rodearle allí de amor y de cuidados. (ECKARDT, 1933).

En la India también era frecuente que la muerte de la mujer siguiese a la del marido (ALONSO-FERNANDEZ, 1978). Entre las jainas del mar, el suicidio religioso era una práctica muy frecuente (BARTH, 1891), y en los Bhils había una

roca desde lo alto de la cual se precipitaban a fin de consagrarse a la diosa Siva (FORSYTH, 1871).

En Tikopia, una pequeña isla del Pacífico occidental, se piensa que los dioses acogen las almas de los muertos, pero no las de aquellos que se cuelgan. Sus almas vagan errabundas hasta que sus espíritus ancestrales las descubren. Los espíritus no ponen reparos si un hombre se suicida internándose en el mar en una canoa, o si una mujer lo hace nadando mar adentro. Estos métodos de suicidio son admirados (FIRTH, 1961).

Los estudios antropológicos son numerosísimos, citaremos solamente uno más, llevado a cabo por BOHANNAN (1960) para descubrir las actitudes hacia el suicidio de seis tribus africanas de Kenya, Uganda y Nigeria: en todas ellas el suicidio era considerado maligno. El contacto físico con el cuerpo de una suicida o su proximidad eran temidas por sus aciagos efectos, uno de los cuales era el suicidio entre sus parientes. Se tomaban distintas medidas para prevenir tales consecuencias; en una de las tribus el cuerpo tenía que ser alejado por una persona no relacionada con el muerto ni con su familia, y el servicio debía ser recompensado con la ofrenda de un toro. En otra tribu tenía que ser sacrificada una oveja para apaciguar el espíritu del suicida. Su cabaña tenía que ser derruida o purificada completamente de acuerdo con determinados rituales, etc...

Hemos referido como las principales medidas adoptadas en la antigüedad a favor de la prevención del suicidio consistían en prohibiciones y degradaciones. El cambio se produce a partir de ser considerado el suicidio como enfermedad mental, como principal consecuencia de la melancolía, según BELGRAVE (1867) y del estudio sociológico realizado por DURKHEIM (1897) que intentaba comprender el fenómeno desde un abordaje más científico que el propuesto, por ejemplo, por WILSON que en 1840 atribuía el aumento de los suicidios a "la difusión de las ideas socialistas, la humedad atmosférica y a un cierto vicio secreto que, según tememos, se practica en amplia escala en nuestras grandes escuelas de enseñanza secundaria".

MORSELLI (1879) piensa que la prevención radica en "desarrollar en el hombre el poder de coordinar sus ideas y sus sentimientos, a fin de que esté en estado de perseguir un fin determinado en la vida; en una palabra: dar al carácter moral fuerza y energía". Para evitar el suicidio por imitación, que MOREAU DE TOURS (1875) había descrito como solo posible en predispuestos, AUBRY (1888) solicita la prohibición de que los periódicos relaten crímenes y suicidios.

Pero la prevención organizada comienza a mediados de nuestro siglo. El "Centro de Prevención del Suicidio" de

Viena, adjunto al "Centro de Patología Tóxica", situado en un centro psiquiátrico, creado en 1948, es uno de los primeros.

"Los Samaritanos" son fundados en 1953 por el Reverendo Chad Varah, rector de San Esteban, Walbrook, en Londres; haciendo saber mediante los medios de comunicación que las personas desesperadas, con ideas suicidas, recibirían ayuda llamando a un número de teléfono (Mauriar House, 9.000) a cualquier hora del día o de la noche. El equipo, integrado en un principio por dos sacerdotes y un asistente social, pronto atrajo un número creciente de colaboradores y clientes (STENGEL, 1965).

El ejemplo de "Los Samaritanos" será seguido en numerosos países; organizaciones similares surgen en Francia (S.O.S. - amitié, Phoenix), etc.... En España se crea el "Teléfono de la Esperanza", bajo la dirección de Serafín Madrid, en 1971.

En noviembre de 1958 se crea el Centro para la Prevención del Suicidio en Los Angeles, California, bajo la dirección de Farberow, Litman y Schneidman. En 1959 se crea la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, bajo la presidencia de Erwin Ringel. Edwin Shneidman crea en

1969 la Asociación Americana de Suicidología bajo la dirección de I. Dublin. Ese mismo año se crea en Francia el Grupo de Estudios y de Prevención del Suicidio, reuniendo psiquiatras de los equipos de reanimación toxicológica y de higiene mental, bajo la dirección de P. Pichot y L. Roche.

A partir de finales de los años sesenta, con la apertura de los diversos tipos de centros, por ejemplo los "Crisis Clinics" en U.S.A., se puso en evidencia que el suicidio era un fenómeno que abarcaba toda la sociedad, pero que nada se había realizado en la práctica. (SOUBRIER, 1983).

En 1967 se crea, con motivo del Congreso Internacional de Bruselas, la Asociación Internacional de Ayuda Urgente por Teléfono (IFOTES), cuyos principios fueron convertidos en normas internacionales definitivamente en el Congreso de Ginebra de 1973; última expresión de la labor humanitaria y privada de ayuda telefónica al suicida iniciada en 1885 en Nueva York por el Reverendo Warren y que en 1906 comenzó a funcionar de manera oficial con el nombre de "National Save a Life League".

Vemos pues como estamos en la era científica de prevención del suicidio donde, desde nuestra perspectiva, la mayor contribución realizada hasta el momento, es aquella llevada a cabo desde el punto de vista médico. Vamos a intentar analizar desde una orientación etiológica, patogénica, clínica, evolutiva y pronóstica, aquellos aspectos que puedan configurar un mapa preventivo y estructurarlos en un resumen global de los tratamientos publicados en la literatura, que dará paso a la visión personal del problema y al programa que nosotros concebimos y aplicamos durante los últimos años y que creemos válido en cuanto a resultados se refiere.

No es fácil sistematizar la cantidad de información, de ahí, que ya que nuestro interés se basa en resumir la conducta de intervención frente al suicidio, esta clasificación siga en alguna medida, no solamente la forma médica de comprender la enfermedad mental, sino también las directrices de la O.M.S. en cuanto a las nociones preventivas, tanto a nivel primario como secundario y terciario, que posteriormente pasaremos a definir.

No es frecuente encontrar clasificados los datos sobre tentativas, suicidios frustrados y suicidios consumados. Los datos, muchas veces, aparecen mezclados y las conclusiones son tan heterogéneas, que haremos mención en cada uno de los capítulos a los aspectos solamente en el estudio del autor que citamos, sabiendo la dificultad y casi imposibilidad de agrupar nuestros datos en estos tres grandes capítulos que posteriormente sistematizaremos en nuestro estudio experimental.

B-5.- ASPECTOS ESTADISTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS:

Según STENGEL (1965) las tasas de suicidios tienden a distorsionar la verdad, incluso en países con una larga tradición científica. El número de suicidios contemplados en las estadísticas oficiales suele ser más bajo del real, DUBLIN (1963) calculaba que en los Estados Unidos, un país afamado por sus precisiones estadísticas, el número de suicidios era, con toda probabilidad, de un cuarto a un tercio más alto que lo registrado.

En España los datos publicados por I.N.E. son mucho menos fiables, ya que constata en Barcelona 58,7 suicidios anuales por término medio durante el periodo 1966-1975, y sin embargo, MARTI (1983) ha podido constatar en la misma ciudad 180 suicidios (con una tasa anual por 100.000 habitantes de 10,15) es decir, el triple de los registrados por la estadística oficial, que no achacamos, desde luego, a un espectacular aumento de suicidios en dicha capital. Lo mismo puede verificarse en el estudio llevado a cabo por ESTRUCH y CARDUS (1982) en Menorca, donde obtuvieron una tasa de 15,3. Algo aún más alarmante hemos comprobado en nuestro estudio, que más tarde exponaremos, al constatar en la ciudad de Madrid 284 suicidios consumados durante 1984, mientras que el I.N.E. publica una media de 47 suicidios anuales por término medio en dicha ciudad, durante el periodo 1966-1975; es decir

recoge una sexta parte de nuestros casos.

Por tanto, toda interpretación de algunas cifras oficiales, debe conducir precisamente a graves errores. A la vista de estos datos debemos preguntarnos si los países que publican una mayor tasa de suicidios son aquellos en los que el suicidio es más frecuente, o más bien, en los que el aparato estadístico es más eficaz.

ARANDA (1984) ha sistematizado esta problemática inherente a la elaboración estadística del suicidio en España en los siguientes apartados:

- A.- La complejidad del fenómeno objeto de estudio: debido a la dificultad de desentrañar suicidios encubiertos por el propio suicida, o por sus familiares y allegados; a la no consideración de las formas pasivas de suicidio, al tiempo transcurrido desde que el suicidio se comete hasta que se cierra el sumario, y la ocultación de las tentativas de suicidio a efectos judiciales.
- B.- Las dificultades que encuentran los actuales informantes para cumplimentar los boletines debido al actual exceso de trabajo en los juzgados, las tareas

estadísticas o son dejadas para más tarde o se encomiendan a personas de escasa preparación.

C.- La falta de voluntad política para la investigación del fenómeno suicidógeno.

65.000 personas mueren cada año en Europa por suicidio, además de las que mueren en la U.R.S.S. y en la República Democrática Alemana, según SARTORIUS (1985) las tasas anuales por 100.000 habitantes sobre suicidios consumados en 26 países de Europa publicadas por la O.M.S. (1976), referidas al año 1969, oscilan para los hombres entre el 48,3 de Hungría y 2,6 y 1,9 de Irlanda y Malta respectivamente; y para mujeres entre el 18,9 de Hungría y el 1 y 0,6 de Irlanda y Malta.

PAIS	HOMBRES	MUJERES	AÑO
=====			
Alemania, República Federal de	27,7	14,7	1.969
Austria	31,3	14,4,	1.969
Bélgica	21,3	9,3	1.969
Bulgaria	15,1	7,6	1.969
Checoslovaquia	35,3	14,2	(1.968)
Dinamarca	26,6	15,2	1,969
España	6,7	2,3	(1.967)

PAIS	HOMBRES	MUJERES	AÑO
Finlandia	37,4	10,1	1.969
Francia	23,4	8,5	1.969
Grecia	4,9	2,1	1.969
Hungría	48,3	18,9	1.969
Irlanda	2,6	1,0	1.969
Islandia	13,6	6,0	1.969
Italia	7,6	3,3	1.969
Luxemburgo	22,9	8,1	1.969
Malta y Gozo	1,9	-	1.969
Noruega	13,0	3,3	1.969
Países Bajos	9,1	5,6	1.969
Polonia	18,6	4,2	1.969
Portugal	12,9	3,8	1.969
Reino Unido, Inglaterra y Gales	10,6	7,2	1.969
Irlanda del Norte	7,3	4,9	1.969
Escocia	8,6	5,4	1.969
Suecia	31,2	12,7	1.969
Suiza	25,3	9,8	1.969
Yugoeslavia	20,3	7,6	1.969

"TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR SEXO Y POR 100 HABITANTES DURANTE 1.969" (OMS, 1976).

Las tasas de suicidios consumados, en los países poco desarrollados no son tan menores como se ha venido suponiendo, a pesar de que como STENGEL (1965) ha puesto de manifiesto, debie-

ra ser menor ya que al tener disminuidas sus expectativas de vida las tasas no incluirían muchos suicidios de la tercera edad, que es el sector de población más afectado.

Revisando algunos datos recientes encontramos unas tasas anuales de suicidios por 100.000 habitantes de 14 en Buenos Aires (YAMPEY, 1973); 7,4 en Tailandia (BUSSARATID, 1983); 10 en Singapur (CHIA, 1983); 10 a 20 en Taiwan (RIN y CHEN, 1983); de 6,3 a 8,1 en la India, con una tasa en Madurai de 43 (RAD, 1983); 8,45 en Pakistán (AHMED, 1983); 7,20 en Siria (AL-HAKIM, 1983); 3,1 en Jordania (BARHOUM, 1983); 5,6 en Irán (FARZAM, 1983); 4,35 en Kuwait (EZZAT, 1983); de 20 a 25 en Japón (TATAI, 1983; CACABELOS, 1984); 3,85 en Egipto (OKASHA y LOTAIEF, 1983) y de menos de 1 en Africa Occidental, 1 en Nigeria y 8,5 en Uganda, según cifras de MENGECH Y DHADPHLE (1984).

Pero estos datos, parecen estar deformados por los investigadores, sirva como ejemplo que DISSANAYAKE y DE SILVA (1983) encuentran una tasa de 20 en Sri Lanka, y GANESVAN y Cols. (1984) hablan de una tasa de 53,5 en un estudio inmediatamente posterior. AL-KASSIR (1983) recoge datos oficiales y encuentra en Irak un total de 12 suicidios consumados durante todo el año 1975, cifra que habla por si sola.

Los datos sobre tentativas de suicidio, entendidas como "acto suicida que no causa la muerte" (O.M.S., 1969) también son muy variables. DIEKSTRA (1982) encuentra tasas de más del 40.000 por 100.000 habitantes y JACOBSEN (1983) de 2.800. ANGELES (1984) en la República Dominicana, de 37.000 y en Egipto OKASHA Y LOTAEF (1983) de 38,5. EFERAKEYA (1984) en Nigeria, de 7 tentativas anuales por 100.000 habitantes, es decir, una tasa 5.00 veces menor que la registrada por Diekstra. Estas cifras también hablan por sí solas. En España, MILLA (1979) calcula que en Barcelona se producen de 15 a 20 intentos de suicidio díariamente por la ingestión de medicamentos. Se ha calculado que alrededor de un 25% de la población general ha tenido alguna vez a lo largo de su vida ideas suicidas (HALLSTROM, 1977); ROSS y Cols. 1983).

Las tentativas de suicidio y los suicidios consumados tienen características epidemiológicas distintas (WEISS, 1966; KENNEDY y Cols. 1974, etc...), aunque son expresiones distintas de un proceso común (OTTOSON, 1979). Las tentativas serían más frecuentes entre las mujeres mientras que los suicidios consumados lo sería entre los hombres (FARBEROW Y SHNEIDMAN, 1969). Las tentativas serían más frecuentes entre los jóvenes, mientras que los suicidios consumados lo serían más entre las personas de edad avanzada (DECONOMO, 1959). ALONSO-FERNANDEZ (1985)

calcula una relación entre consumados y tentativas de 1/160 entre los jóvenes y de 1/25 entre las jóvenes, en tanto que a partir de los 65 años sería de 1/3 en las mujeres y de 1/1,2 en los hombres.

La proporción entre suicidios consumados y tentativas de suicidio varia del 1/3 de FARBEROW y SCHNEIDMAN (1969) y de SCULLY y HUTCHERSON (1983), al 1/8 de STENGEL (1965) y SHNEIDMAN (1982); de 1/3 a 1/10 según POLDINGER (1969); de 1/30 a 1/100 de WEISSMANN (1974) y de 1/100 según COSTA y Cols. (1977) y SARRO (1985).

Algunos estudios de seguimiento sobre tentativas de suicidio han demostrado una mortalidad a los seis meses de 5% (RYGNESTAD, 1982), al año del 1% (PALLIS y Cols., 1984) o del 1,5% (KESSEL y McCULLOCH, 1966), a los dos años del 4% (McCULLOCH y Cols. 1967) o del 6% (HANSEN y WANG, 1984). Se suele considerar que aproximadamente de un 25 a un 30% de los intentos presentan un grave riesgo vital (PINSKER, 1981; MILLA, 1983; GARCIA-MACIA, 1984), con una mortalidad mayor al 5% (BERTRAN y Cols., 1984), a pesar de que solo eran suicidios planificados un 4 (ETTLIGER y FLORDH, 1955) o un 15% (GARCIA-MACIA y Cols. 1984).

B-6i.-FACTORES DE RIESGO

B-6.1- FACTORES DEMOGRAFICOS.

B-6.1.1- Sexo.

Todos los autores indican una mayor incidencia de suicidios consumados entre los varones, sea cual sea su edad. Recientemente SARTORIUS (1985) ha expuesto que dos países escapan a esta regla universal: Hong Kong y Thailandia.

La proporción mujeres/hombres que se suicidan, varía según los diversos autores de 1/2 a 1/5 aproximadamente. GARFINKEL y COLOMBEK (1983) hablan de una relación 1/4, otros de 1/3: DAVIDSON y CHOQUET (1982), SHNEIDMAN (1982), ESTRUCH Y CARDUS (1982), SCHONY y Cols. (1984), KRYNSKI (1985), FERNANDES DE FONSECA (1985), etc... Otros aportan datos de 1/2, (GORCEIX Y ZIMBACCA, 1968; MORON, 1977; SCHNEIDER, 1982), e incluso menores, alrededor de 1/1,5 (RABINER y Cols., 1982; MARTI, 1983).

Estas proporciones son tan válidas entre la población suicida en general, como entre la población estrictamente psiquiátrica (COPAS y ROBIN, 1982). Aunque hay trabajos realizados sobre poblaciones muy concretas en que estas proporciones se acortan como el de PEPITONE y Cols. (1981) en el que se describe entre las mujeres estudiantes de medicina una tasa 3-4 veces superior a la de las jóvenes de la misma edad de la población general.

Según SARTORIUS (1985) esta diferencia de la incidencia entre ambos sexos viene reduciéndose desde 1901, lo que parece ocurrir de forma muy homogénea, a pesar de que algunos estudios como el de DORSCH y RODER (1983) realizaron en Australia describía un incremento del suicidio en hombres y disminución en las mujeres dentro del grupo de 20 a 29 años de edad.

SCHNEIDER (1954) vinculaba esta mayor proporción de suicidio entre los hombres, a una mayor vulnerabilidad, que se reflejaba también en la enfermedad y en los accidentes y que pertenecería a una ley biológica en virtud de la cual los hombres se aferrarían menos a la vida y serían menos resistentes que la mujer. TARDIFF (1980) encuentra en los hombres que se suicidan una conducta más agresiva que la de las mujeres, lo que según STENGEL (1965) se traduciría en el uso de técnicas más violentas y mortíferas (ahorcadura, arma de fuego...) que las utilizadas por las mujeres (intoxicación farmacológica...).

Parece un hecho totalmente comprobado, esta más frecuente utilización por los hombres de las técnicas denominadas "duras", "violentas", o "brutales" (POLDINGER, 1969), incluso entre los niños de menor edad (KRYNSKI, 1985). Volvemos a revisar más ampliamente este tema en un apartado dedicado a la técnica suicida.

Otros argumentos aportados para intentar explicar esta desproporción son el desconocimiento por parte de las mujeres de la aplicación de las técnicas "duras" y de la eficacia mortífera de las mismas. PASQUIALI Y BUCHER (1981) afirman haber observado una mayor elaboración y premeditación del acto suicida entre los hombres. Entre las jóvenes ALONSO-FERNANDEZ (1985) ha descrito la marcada impulsividad de muchas de sus tentativas de suicidio.

Respecto de la incidencia por sexos de la tentativa de suicidio, la relación se invierte. Algunos autores la sitúan alrededor de 1 hombre por cada 1,5 mujeres (AMARD y Cols., 1981; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; BERTRAN y Cols. 1984) e incluso en menos, como JACOBSEN (1983) que la sitúa en 1/1,2. Otros hablan de una relación de 1/2 (MORON, 1977; BAKER, 1984; ABRIL, 1985), de 1/3 (GAULTIER y Cols., 1965; GARFINKEL y Cols., 1982; MILLA, 1983; ALONSO-FERNANDEZ, 1985), e incluso de 1/4 (SARRO, 1981; KERFOOT, 1984). Los trabajos que dan una relación más desproporcionada entre ambos sexos suelen estar realizados sobre intoxicaciones medicamentosas en poblaciones juveniles con lo que el sexo femenino cobra un mayor protagonismo. Todo hace pensar, tal como indica SCHNEIDMAN (1982) que se ha producido una tendencia a que ambas tasas se igualen durante los últimos años.

Tradicionalmente se venía explicando la mayor incidencia en mujeres de la tentativa de suicidio por el carácter

teatral de muchas de las realizadas por jóvenes histéricas. Ya HIPOCRATES ("Peri Parthenion") decía que las tendencias suicidas aquejaban a las muchachas cuando tenían molestias menstruales. GOLDNEY (1981) ha cuestionado esta afirmación al no encontrar mayor número de personalidades histéricas en un grupo de mujeres jóvenes que realizaron tentativas de suicidio, respecto del grupo control, al aplicar un cuestionario (Hysterical-obsessoid). ROJAS (1984) ha encontrado una mayor intencionalidad chantajista entre las mujeres, pero que no obedecía necesariamente a una personalidad histérica.

Los varones parecen verse más impulsados al suicidio por problemas de índole profesional (ROJAS, 1984), y por falta de trabajo (ROY, 1982). En cambio, las mujeres se verían más afectadas por conflictos de índole familiar y amoroso (POLDINGER, 1969), si bien en el suicidio "romántico", el hombre suele ser el protagonista, según LEPP (1971), y en los suicidios dobles la iniciativa suele partir del hombre.

En resumen, todo indica que las mujeres realizan más tentativas de suicidio que los hombres, pero que es entre estos en donde el acto suicida llega más frecuentemente a ser mortal. Estas características parecen haberse hecho menos significativas durante los últimos años, acortándose las diferencias que separan a ambos sexos, como si el fenómeno sui

cida fuese una expresión más de la equiparación que se viene observando últimamente, en todos los órdenes, entre el hombre y la mujer.

B-6.1.2- Edad.

En la primera mitad del siglo XIX, PEIRO Y RODRIGO (1832) afirmaban que en España muy rara vez se verificaba el suicidio antes de la edad de la pubertad, siendo más frecuente entre los 20 y 30 años que en ninguna otra edad, aun que se observa con bastante frecuencia entre los 30 y 50, y muy rara vez más adelante. Medio siglo más tarde DURKHEIM (1897) concluía que la frecuencia del suicidio estaba en relación directa con la edad, lo que atribuía a que la fuerza colectiva que impele al hombre a matarse no le penetra más que poco a poco; por lo que, en igualdad de circunstancias, a medida que avanza la edad, es cuando se hace más accesible, sin duda, porque hacen falta repetidas experiencias para llevarle a sentir todo el vacío de una existencia egoísta o toda la vanidad de las ambiciones sin término.

Esta relación entre suicidio y edad descrita por DURKHEIM, está ampliamente corroborada en la actualidad por numerosos estudios, como por ejemplo, los de GORCEIX Y ZIMBACCA (1968), FARBEROW Y SCHNEIDMAN (1969), HAIM (1970),

ESTRUCH Y CARDUS (1982), MARTI (1983), McCLURE (1984), SCHONY y Cols. (1984), etc... Este hecho tan demostrado en las naciones occidentales abarca también a la mayoría de los países; ya que, según SATORIUS (1985), de 48 países sobre los que se dispone de tasas de suicidio 35 también notifican tasas de suicidio más altas entre los grupos de mayor edad. Sin embargo, HEADLEY (1983) afirma que esta regla de los países occidentales no es aplicable a los asiáticos, en los que la tasa de suicidio declina con la edad después de alcanzar una incidencia máxima entre los 30 y los 35 años en casi todas las naciones, salvo algunas excepciones, como Japón en que la curva suicidio-edad toma forma de U, alcanzando de nuevo una incidencia alta en los mayores de 60 años. Estas diferencias han sido explicadas, no solo por la existencia de patrones socio-culturales distintos, sino también por las menores expectativas de vida que ofrecen los países menos desarrollados.

Por el contrario la incidencia de las tentativas de suicidio es mayor entre los jóvenes, habiéndose calculado que el grupo de edad más afectado se sitúa entre los 18 y los 30 años (WEISSMAN, 1974; MILLA, 1983; ROJAS, 1984; BERTRAN y Cols., 1984; GARCIA-MACIA y Cols. 1984), alcanzando una tasa unas tres veces superior a la de la población general (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). Las tentativas de suicidio

dio son muy infrecuentes, por el contrario, entre los sujetos de mayor edad, particularmente si son varones. Por tanto, todo parece indicar que, al menos dentro de nuestra sociocultura, existe una relación directamente proporcional entre edad y suicidio, que se invierte para las tentativas de suicidio. Esta relación se ve un tanto influida por el factor sexo, ya que tal como hemos puesto de manifiesto en el capítulo anterior, las mujeres, por el contrario que los hombres, están más representadas en las tentativas que en las consumaciones suicidas; si bien, tal como ha indicado HAIM (1970), aunque el número de tentativas aumenta a una edad más tardía en la niña que en el niño, lo hace de una forma más importante, por lo que la tentativa femenina será un factor decisivo en el brusco aumento del número de tentativas durante la adolescencia.

El suicidio durante la primera infancia ha sido muy discutido, al dudarse de la capacidad del niño para comprender el fenómeno de la muerte ajena y de la propia; y más aún de que la voluntad pudiese mediar en el hecho de que estos niños, que han realizado una autoagresión, tuvieran la intención de privarse de la vida. Recientemente, ROSENTHAL Y ROSENTHAL (1984), han realizado un estudio sobre conducta suicida en niños de edad inferior a los 5 años, encontrando que todos expresaban el deseo de morir, pero no todos el de matar. En conjunto, el grupo suicida mostraba (en relación al control) de forma significativa una agresión no suicida

autodirigida, pérdida de interés, ideas morbosas, depresión de acuerdo con el criterio de WEIMBERG (1973), impulsividad, hiperactividad y menor miedo y llanto ante el dolor. Muchos de estos niños no fueron deseados y habían sido maltratados o abandonados por sus padres. En este último sentido, GREEN (1978) ha encontrado conductas suicidas en un 40% de los integrantes de una muestra de niños maltratados.

El suicidio consumado es muy raro antes de los 10 años (KRYNSKY, 1985). PFEFFER (1981) estudia la incidencia del suicidio entre niños de edad comprendida entre los 6 y 12 años comprobando su aumento en U.S.A., ya que de la tasa de 0,4 por 100.000 calculada en 1955 se ha pasado, en 1975, a la cifra de 1,2. McCLURE (1984) ha encontrado más recientemente una tasa de 1,4 por 100.000; de 1,5 para varones y 1,2 para niñas de edades entre los 10 y los 14 años.

DESHAIES (1947) consideraba el suicidio infantil como un acto impulsivo e instantáneo. PFEFFER y Cols. (1983) no conceden excesiva importancia a la agresividad, y COHEN-SANDLER (1982) piensan que el stress previo tiene una importancia muy significativa. MORON (1977) describe tres tipos: el impulsivo, el hiperemotivo y el depresivo, resaltando como el niño vive el momento presente, por lo cual, su muerte es la simple negación del presente y la tentativa de suicidio responde en él, directamente, a una situación dada.

Esta situación suele estar centrada en problemas de índole familiar, el medio suele estar perturbado por ausencia de uno de los padres (muerte, enfermedad, divorcio, emigración,...), por graves discusiones entre ambos progenitores, y frecuentemente, tal y como comentábamos anteriormente, se propinan malos tratos al niño. KRVSNIKY (1985), sugiere que los mismos mecanismos autísticos de huir de una realidad inquietante a través del aislamiento podrían conducir al suicidio (la muerte es el máximo aislamiento); de hecho PECK y SCHURT (1981) afirman que el muchacho suicida se distingue a lo largo de la preadolescencia y de la adolescencia precoz por una tendencia a estar solo durante mucho tiempo, que viene dada por su escasa adaptación para las relaciones emocionales. GAULTIER Y COLS. (1965) hablan de una incidencia muy alta de suicidio entre los jóvenes que vivían solos.

Esta dinámica familiar cambia a veces tras la tentativa de suicidio, pero si no es así, los niños pueden ensayar nuevas tentativas para intentar conseguir la satisfacción esperada (ANTON Y COLS. 1984). Pero no hay que pensar con excesiva frecuencia en una postura puramente chantagista, ya que según MORON (1977) la niña no hace guerra de chantaje hasta la pubertad, si bien, parece ser que el niño puede utilizar este tipo de comportamiento a partir de los siete años de edad.

Según va aumentando la edad, las tentativas de suicidio se hacen más numerosas y suelen llevar aparejada una mayor elaboración previa. HEUYER (1952) ya subrayó la gran influencia que en los adolescentes tienen el pasado y los factores sociales. En las tentativas del adolescente parece influir bastante la estructura de la familia durante la infancia e incluso su estado de salud durante esta época. GOLDNEY (1981) ha encontrado al estudiar tentativas de suicidio realizadas por jóvenes un mayor índice de mala salud durante la infancia, bastante significativo. Sobre la importancia de los "broken homes" u "hogares rotos" volveremos más tarde en el apartado dedicado a factores familiares.

Durante la adolescencia entendida en un sentido amplio, es cuando se realiza un mayor número de tentativas de suicidio, (DOTZAUER y Cols. 1963; RUEGSEGGGER, 1964; POLDINGER, 1969; BANCROFT Y MARSACK, 1977, etc...), aunque estas suelen ser menos graves (GIMENEZ Y COLS. 1983) pero con mayor componente de violencia o agresividad que en otras edades (TARDIFF, 1981; INAMDAR Y COLS. 1982). Suele tratarse, según ALONSO-FERNANDEZ (1985) de actos instantáneos que surgen como una respuesta impulsiva a algún problema inmediato que surge sobre un largo conflicto de fondo; en el pequeño número de tentativas en las que hay cierta premeditación, esta se limita a las veinticuatro horas previas al intento suicida. El auténtico deseo de

morir se mantiene alejado de la conciencia, oculto y reprimido, o se contamina con las preocupaciones propias de la vida, entre las que sobresalen la intención de influir sobre el ambiente para modificarlo.

CHABROL (1984) ha planteado el suicidio del adolescente como una ambivalencia entre el deseo de muerte y de vida. Según HAIM (1970) el comportamiento de riesgo forma parte del proceso de la adolescencia: la necesidad de abordar el peligro, de medir su propia fuerza física y mental aparecen como pruebas iniciáticas que aumentan la identidad del adolescente, con lo que, según HAIM, la manipulación del riesgo es el homólogo en el plano activo de la manipulación de la idea de muerte como factor de progreso.

ALONSO-FERNANDEZ (1985) también ha relacionado las tendencias suicidas de los adolescentes con su inclinación por las conductas de riesgo y con su falta de identidad propia, ya que según explica, la imposibilidad de tener un contacto psíquico profundo con la imagen de la muerte durante la adolescencia viene impuesta por la falta de identidad propia. "Para morir antes hay que existir"-puntualiza este autor- en la aventura, en las conductas arriesgadas, que se salen fuera de lo común, el adolescente pretende identificarse, y tal vez también, ofrecer a los demás una imagen más netamente diferenciada de sí mismo. El desafío al riesgo puede con

vertirse en algunas ocasiones en una forma de medirse a si mismo. El desafío lanzado al destino por el adolescente abocado a un acto suicida tiene la impronta simbólica propia de las gestas heróicas de resultados imprevisibles, al estilo de la "ruleta farmacológica" (ALONSO-FERNANDEZ, 1985).

GOMEZ DUPERTUS (1980) ha puesto de relieve como un exagerado esfuerzo por experimentar elación, puede intensificar la falta de confianza en si mismo, los sentimientos de insuficiencia y la conducta suicida; y GONCEIX y ZIMBACCA (1968) han insistido en que, durante la adolescencia, junto con las nuevas realizaciones que se logran en muchos campos nuevos y diversos, aparecen los desencantos consecuentes a la idealización y a unas esperanzas desproporcionadas con la propia realidad del sujeto. Los éxitos mediocres, los fracasos profesionales, los engaños amorosos o de amistad, la falta de un primer empleo (DORPAT y Col., 1965; destacaron incluso la influencia del desempleo del padre), la desarmonía familiar y su tolerancia hacia las nuevas aspiraciones de identidad y libertad del adolescente pueden favorecer o desencadenar el "paso al acto" suicida; tanto más si recordamos la frecuencia actual del abuso del alcohol y drogas entre los adolescentes.

Por otro lado, hay que recordar que detrás de estos comportamientos puede esconderse una depresión u otro trastor

no psicopatológico. CARLSON Y STROBER (1978) han puesto de relieve como muchos fracasos a la hora de detectar la depresión cuando se comienza a manifestar en la adolescencia se deben en gran parte a una mala interpretación de los síntomas observados. El comportamiento temerario de muchos jóvenes que se dedican a deportes muy arriesgados, puede, según GOMEZ DEPERTUS (1980), encubrir un estado depresivo; tanto más si consideramos con MORON (1977) que todo adolescente suicida es depresivo, en la acepción psicopatológica del término, por sentir una necesidad fundamental insatisfecha y por la imposibilidad de obtener esta satisfacción que se ve acompañada por la angustia; y que el adolescente tiene dificultad para tomar conciencia de lo que pasa en él, para elaborarlo y llegar a ideas claras y expresarlo verbalmente, por lo que pasa fácilmente al acto, a menudo, de un modo impulsivo. Este aspecto psicopatológico ha sido revisado por ROY (1984), el cual ha estudiado la incidencia de la depresión entre adolescentes que consumaron suicidio, encontrando un 44,4% con depresión como diagnóstico principal. ANGLE Y Cols. (1983) y ALESSY y Cols. (1984) han demostrado la gran importancia de los trastornos de personalidad.

Como decíamos, la incidencia del suicidio consumado entre los adolescentes es poco representativo, desde el punto

de vista epidemiológico, en relación a otros grupos de edad. Sin embargo, si tenemos en cuenta las causas de muerte durante esta época de la vida, ocupa un puesto muy destacado. En Francia según datos del I.N.S.E.E. (1967), el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, precedido solamente por los accidentes de circulación, otros accidentes y por el cáncer. En la mayor parte de los países europeos, según GOMEZ DEPERTUS (1980) también es la cuarta causa de mortalidad, ocupando un puesto aún más destacado en U.S.A.; ya que según HOLINGER (1979), constituye la tercera causa; la más alta del mundo para los varones según ha afirmado HENDIN (1982). Estos datos han llevado a postular a SCHNEIDER (1982) que la prevención de un pequeño número de suicidios en los adolescentes puede ejercer una acción marcada sobre la mortalidad a esa edad, y en cambio, la disminución de algunos casos de suicidios en las personas de edad avanzada no incide prácticamente sobre la mortalidad global en este periodo de la vida.

Durante los últimos años, las tasas de suicidio entre los jóvenes no solo han sido los que más han aumentado en relación a otros grupos de edad, sino que han aumentado de una forma alarmante, al menos en Australia (GOLDNEY Y KATSIKITIS, 1983) y en U.S.A. (HOLINGER y OFFER, 1971; HOLINGER, 1978; HENDIN, 1982; SEIDEN, 1984) mientras que ha disminuido en los

años de la madurez, según los mismos autores. HOLINGER Y OFFER (1982) han intentado explicar este incremento por el hecho de que puesto que el número de adolescentes aumenta inicialmente, hay más competidores para el mismo número de posiciones: trabajos, puestos en determinados equipos de deporte, primeros lugares de clase en los buenos colegios, acceso a varios servicios sociales, etc... Con el aumento de la población adolescente y el de la competencia para tales puestos, viene un aumento en el número de los que no logran obtenerlos, fallando en sus metas y, sintiéndose fracasados e incapaces de reestablecer un equilibrio en su autoestimación, lo que les puede conducir hacia el suicidio.

La época de la vida en que se realiza un mayor número de suicidios consumados sería el de la tercera edad. Para YAMPEY (1973) se trata de un "síntoma alarmante de la patología social de nuestro tiempo", ya que en su estudio realizado en Buenos Aires, solo encuentra esta mayor incidencia en personas de edad avanzada a partir de 1960. Sin embargo DURKHEIM (1897) ya había observado esta mayor incidencia confirmada posteriormente por numerosos autores: GRUHLE (1940), LINDEMANN (1950), DESHAIES (1952), BAYRENTTHER (1956), STENGEL (1957), DUBLIN (1963), FARBEROW y SHNEIDMAN (1969), ROJO (1971), GINER (1972), SEVA (1976), ROJAS (1984), etc...

PELLICIER (1984) ha observado entre los octogenarios franceses una tasa de suicidios consumados 6 veces superior a la de la población general. MARTI (1983) en España encuentra tasas en mayores de 60 años que casi triplican las de la población general. BOULET (1982) encuentra que las personas mayores de 85 años se suicidan trece veces más que las que tienen entre 15 y 24 años, produciéndose un suicidio de cada cinco entre la población comprendida entre los 55 y los 64 años.

Realmente, las cifras son alarmantes. Además, no hay que olvidar la acumulación de equivalentes suicidas entre las personas de edad avanzada: rechazo de alimentos, de cuidados médicos, etc... es decir, el denominado "síndrome de deslizamiento" (CARBONELL, 1985) que hace que el anciano se abandone progresivamente hasta "dejarse morir" a partir de patologías más o menos propias de su edad. Las enfermedades, especialmente las graves, parecen jugar aquí un papel importante. KUBLER-ROSS (1975) ha descrito varias fases consecutivas en los enfermos terminales: tras una primera de negación, vendría una de ira y otra de negación, tras la cual seguiría una fase depresiva que con frecuencia conduciría al suicidio. En cualquier caso, la enfermedad física, según SAINSBURY (1961), es un factor que contribuye al suicidio en un 35% de los pacientes de edad avanzada.

Las causas que se han citado para explicar la especial gravedad con que el fenómeno suicida aparece en la tercera edad han sido muy variadas y posiblemente todas puedan

ser consideradas como válidas. BOULET (1982) achaca la eficacia mortífera de estos suicidas a su mayor premeditación y preparación, utilizando además técnicas más "uras", que tal vez, ya en sí, según GARCIA-MACIA y Cols. (1984) pueden implicar una mayor intencionalidad de muerte.

La jubilación también puede jugar un papel importante. La sociedad actual, con más insistencia aún que en épocas anteriores, tiende a juzgar al individuo en razón a su trabajo, que se configura como la fuente de valoración más objetiva, al menos en primera instancia, para "clasificar" y "considerar" al individuo dentro del ámbito social. Puede afirmarse en términos generales, que hemos pasado de la concepción de "sabio venerable" de los clásicos a un nuevo concepto de "hombre inútil", no activo "y por tanto acabado" que en gran medida se aplica a los "viejos" en la actualidad. HERRERO y Cols. (1985) hablan de "jubilopatías"; en estos casos aparece un estado amotivacional con pasividad y disminución en el área de intereses; y a menudo, el propio anciano atribuye estos síntomas a un proceso inevitable y normal a su edad.

La existencia o cuantía de las pensiones de los ancianos parece constituir un factor de escasa relevancia. SAINSBURY (1961) comparó las tasas de suicidio en los ancianos en veinte países y encontró que no tenía relación con la existencia o cuantía de las pensiones, es más, en diez países la introducción de sistemas de jubilación no determinó

una disminución de la tasa de suicidios en las personas de mayor edad.

La proximidad de la muerte vivida con cierta anticipación (la edad de jubilación se adelanta mientras que aumentan las expectativas de vida), la plena conciencia de pérdida de facultades socio-laborales, impuesta en muchos casos por el medio externo, hace que los parámetros de autovaloración se vean fuertemente influenciados por aquellos con que la sociedad evalúa de forma más o menos directa el individualismo. El término "viejo", sin duda, está cargado de notas peyorativas.

FULTON (1974) ha destacado como la disminución del papel de los ancianos y el aflojamiento de lazos y relaciones familiares van a menudo cargados de culpabilidad y ansiedad que parece fomentar el desarrollo de un movimiento a favor de la eutanasia voluntaria, a la vez que problemas sociales más amplios favorecen un ambiente en el que puede crecer un movimiento en pro de la misma. No nos asombra entonces que ROLLA (1962) informe de que algunos prefieren la experiencia irreversible y final que es la muerte, a la experiencia, "también irreversible, pero de vida, que es el curso de la vejez".

Las personas de edad parecen estar frecuentemente sensibilizadas frente a las desgracias. KATSCHING (1976) ha puesto de manifiesto como las poblaciones más jóvenes cometen más tentativas de suicidio debido a "conflictos"; mientras que con el paso de los años las "desgracias" cobran una mayor importancia, acorde con la mayor edad, en la génesis del fenómeno suicida. A la hora de comprender esta mayor relevancia en el anciano del daño consumado frente al problema de difícil solución, no hay que olvidar que las personas mayores tienen unas dificultades mucho más serias para conseguir reestructurar o cambiar el rumbo de su vida.

Es evidente que resulta más difícil "empezar de nuevo" cuando se tienen más de 65 años, dadas las características psico-físicas y la esperanza de vida de este grupo de población, tanto ante desgracias de índole social como de índole familiar, económica o psicológica. El abatimiento con sentimientos de fracaso existencial es una reacción casi inevitable; tanto más si consideramos con YAMPEY (1973), que es en esta época de la vida cuando suele efectuarse el balance existencial, que ocasionalmente se vuelve crítico ante la imposibilidad de colmar determinados anhelos o de superar frustraciones graves.

El vacío afectivo provocado por la muerte del cónyuge o de amigos íntimos y las decepciones familiares y la pérdida de apoyo exterior consecuente a la pérdida de prestigio, influencia, e incluso de poder, suelen sumarse a un "no saber ni tener nada que hacer" dentro de un ocio mal elaborado en años anteriores a la jubilación, que no puede ser repentinamente ocupado ni desarrollado con el advenimiento de la misma. La vida toma un cariz bruscamente más pasivo, e incluso "contemplativo", que induce al individuo a volver, a "refugiarse" e incluso a "enfrascarse" en el pasado, con lo que el anciano se aproxima fácilmente al mundo de lo melancólico.

CIOMPI (1970) considera la depresión como una enfermedad típica de vejez. ALONSO-FERNANDEZ (1979) ha puesto de manifiesto como el alcoholismo toma un curso grave en bebedores excesivos crónicos con el paso de los años y también como entre los ancianos son más frecuentes los factores desencadenantes de la depresión de estirpe somática, entre los que se pueden citar drogas antihipertensivas (alcaloides de la Rauwolfia, metil-dopa,...), infecciones agudas (gripe, infecciones urinarias,...), neoplasias, hormonas esteroideas, radioterapia profunda, etc...

Hay que plantearse también hasta que punto los enfermos ancianos ven incrementarse el número y duración de sus

hospitalizaciones, no solamente por las características de la enfermedad que padecen (crónica en muchos casos) que suele verse agravada por un deterioro general de su salud, sino también por el abandono de que son objeto por parte de sus familiares, quienes en no pocos casos intentan tomarse unas vacaciones o tan solo descansar durante una temporada de la "penosa obligación" de cuidar y "convivir con las exigencias" del anciano. De cualquier modo, tanto el tiempo como el número de hospitalizaciones se ven incrementados entre éstos, y son conocidos los efectos depresivos de los internamientos, especialmente de los que implican cirugía y de los muy prolongados.

Por último, hay que recordar que un gran número de ancianos se ven relegados, de forma más o menos forzosa, a centros residenciales o asilares con una carga de marginación que no siempre logra amortiguarse con la pretendida integración dentro de este contexto, tanto más cuanto que en no pocas ocasiones, esta no llega a conseguirse.

- 13 -

B-6.1.3- Estado Civil.

La opinión generalizada de que, dentro de las distintas formas de estado civil, los casados (no separados ni divorciados) son el grupo con menor tendencia al suicidio, permanece confirmada en los estudios actuales: WEISSMAN (1974), GOLDNEY (1981), AMARO Y Cols. (1981), BORG Y STAHL (1982), MARTI (1983), ROJAS (1984), etc... DURKHEIM (1897) atribuye esta inmunidad de los casados a la que confería la estructura familiar, entendida como el grupo completo formado por los padres y los hijos; puntualizando que como los esposos son miembros de ella, contribuyen también a producir este resultado, solo que no como marido y mujer, sino como padre o como madre, como elemento de asociación familiar. La desaparición de uno de ellos, acrecienta el riesgo de matarse del otro, porque resulta de ello una perturbación para la familia, cuyo superviviente sufre el golpe. Este pernicioso influjo de la viudedad continúa comprobándose en la actualidad: FRANKE y Cols. (1977), ALONSO-FERNANDEZ (1978), BORG Y STAHL (1982), etc... Habiendo subrayado BOKANOVSKY (1980) el gran riesgo de suicidio que existe especialmente durante los seis meses posteriores al fallecimiento del cónyuge.

Por las mismas fechas que Durkheim describía la influencia suicidógena de la viudez, BERTILLON (1882) encontraba un gran parecido entre los mapas del suicidio y del

divorcio; relación confirmada en estudios más actuales:

SAINSBURY (1955), KESSEL y Cols. (1965), FARBEROW y SHNEIDMAN (1969), POLDINGER (1969), STACK (1980), ROSENMAN (1983), KENDALL (1983).

El alcance de la importancia de estos factores varía mucho según los distintos autores y países en que fueron realizados. DUBLIN (1963) encontró en U.S.A. una proporción tres a cuatro veces superior en mujeres separadas o viudas respecto de las casadas, cifra que llegaba a siete veces más para los hombres. HARTELIUS (1967), en Suecia, encuentra para los hombres divorciados y viudos una proporción 2,5 superior a la de la población general.

En España, en los estudios realizados sobre los suicidios consumados ESTRUCH y CARDUS (1982) han encontrado en Menorca una tasa (98,3) tres veces superior para los hombres viudos respecto de los casados (33,3), mientras que la tasa en las mujeres viudas (14,6) no era sensiblemente superior a la de los hombres (12,8). MARTI (1983) observa entre los suicidios consumados en Barcelona por hombres divorciados una tasa de 85,27 por 100.000 habitantes y de 87,69 entre los viudos, lo que viene a resultar casi diez veces mayor que la de los casados (9,68) y solteros (10,54).

Entre las mujeres esta diferencia es mucho menor, con tasas de 28,32 por 100.000 para las divorciadas y de 21,81 para las viudas, que suponen el cuádruplo de la tasa de las casadas (6,57).

La mayor tendencia al suicidio observada entre los divorciados se ha explicado no solo en base al abandono, desintegración familiar y soledad, de que a menudo se acompaña la ruptura conyugal, sino también por que entre estos sujetos abundan más los problemas de personalidad y las conductas agresivas, inestables, alcohólicas y drogodependientes, los cuales, a su vez, facilitan el paso al acto suicida.

En la viudez, se une a la desintegración familiar brusca, la pérdida de un ser querido, con lo que la adaptación a la situación nueva, por personas de edad generalmente avanzada, puede resultar muy dificultosa, especialmente para los varones, muchos de los cuales se quedan solos en sus respectivos domicilios, o se ven obligados a trasladarse a residencias o asilos para ancianos. En el mejor de los casos pasan a vivir con alguno de sus hijos, donde no colaborando con el hogar -por el contrario que muchas mujeres- adquieren sentimientos

de inutilidad y de ser una sobrecarga para la familia. Cuando los hijos son varios, a veces el viudo se ve obligado a "repartirse" entre ellos, cambiando de domicilio varias veces al año, con lo que se favorece la situación de desarraigo.

Cuando no se ha tenido descendencia la situación se agrava considerablemente, tal como ya describió DURKHEIM (1897). Según MORON (1977) es bien notoria la mayor tendencia a intentar suicidarse de las personas sin hijos, especialmente entre las mujeres mayores de 60 años y más aún entre los hombres de 21 a 60. Los hijos a menudo aportan a los padres un motivo para vivir, a lo que se une la responsabilidad de la manutención, de la formación y del ejemplo. El número de hijos parece ejercer una influencia importante, habiendo descrito WENZ (1982) una relación inversa, según la cual la potencialidad suicida disminuye a mayor número de hijos.

Entre casados y solteros no suele haber diferencias muy importantes en lo que se refiere a suicidios consumados, siendo las tasas ligeramente superiores entre los solteros; los cuales están considerablemente representados en los estudios realizados en intentos de suicidio (FARBEROW y SHNEIDMAN, 1969), si bien hay que considerar que la población que realiza tentativas pertenece en

- 8. -

gran parte a sectores juveniles, y por tanto no tiene nada de particular que muchos de ellos no hayan contraído matrimonio.

B-6.2-FACTORES PSICOPATOLOGICOS:

La incidencia del suicidio entre los enfermos psiquiátricos es mucho mayor que en el resto de la población (OMS, 1969). POKORNY (1983) ha calculado una tasa anual de 750 suicidios consumados por cada 100.000 enfermos psiquiátricos y una tasa anual de tentativas de 2.000 por 100.000. En la práctica, el deseo de privarse la vida debe ser considerado por sistema como sospechoso de motivaciones patológicas (DUCHENE, 1957). SAINSBURY (1955) estudia los factores causales del suicidio en 390 casos de suicidio consumado y encuentra que los trastornos mentales constituyen el factor principal en un 37% de los casos, y actúan como factores contribuyentes en otro 47%. Una personalidad anormal fué el factor principal en un 17% de los casos, y en idéntica cifra actuó como factor contribuyente al suicidio.

Sobre tentativas de suicidio MILLA (1983) habla de un 66% de factores psicopatológicos, y PROKUPEK (1967), tras un análisis muy cuidadoso encontró que a todas las personas que habían realizado tentativas de suicidio les correspondía un diagnóstico psiquiátrico. Hay que entender que las tentativas de suicidio e incluso los suicidios consumados pueden ser realizados también por personas que no padecen una enfermedad mental en un sentido estricto, si bien, diversos factores pueden provocarles una alteración de su psiquismo en un momento determinado, que desemboca en una conducta suicida. ALONSO-FERNANDEZ (1978) ha considerado que en el 85% de los suicidios consumados interviene en un grado importante una afección psicopatológica, mientras que en el 15% restante obedece a un conflicto psicológico. Las pro-

porciones se modifican bastante -a favor de los conflictos psicológicos- en las tentativas de suicidio. Por tanto, hay que recalcar con MORON (1977) que el hombre normal no se suicida. El acto suicida, en sí, es siempre producto de un desorden psicológico o psicopatológico, siendo verdaderamente excepcional el acto suicida que se realiza en unas condiciones de absoluto equilibrio psicológico y salud psíquica.

B-6.2.1- Depresión.

SAINSBURY (1982) ha calculado la tasa anual de suicidios en depresivos en 230 por 100.000, es decir, de 20 a 40 veces superior a la de la población general. El suicidio es enormemente frecuente en las enfermedades depresivas. Para muchos autores, hablar de suicidio es hablar inmediatamente de depresión, y viceversa (ROJAS, 1984). Efectivamente, son muchos los autores que consideran a la depresión como el trastorno psicopatológico responsable de un mayor número de suicidios: CLAUDE (1933), ROBINS y Cols. (1959), POLDINGER (1969), STENGEL (1965), OSMOND y HOFFER (1967), BIRTHNELL y ALARCON (1971), BARRACLOUGH y Cols. (1974), WEISSMAN (1974), PALLIS y SAINSBURY (1976), MORON (1977), ALONSO-FERNANDEZ (1978), SAINSBURY (1978), OKASHA y Cols. (1981), PACHECO y Cols. (1981), COPAS y ROBIN (1982), SCHNEIDER (1982), BAKER (1984), ROSENTHAL y ROSENTHAL (1984), ALESSI y Cols. (1984), etc...

Sin embargo otros no obtienen resultados similares, como por ejemplo MORRISON (1982) que estudiando los suicidios consumados por enfermos psiquiátricos encuentra que el grupo mayor está formado por los esquizofrénicos, seguido por las depresiones bipolares; en las depresiones unipolares el índice obtenido fué poco mayor que el de la población general. RABINER Y COLS. (1982) también encuentran una mayor representabilidad de la esquizofrenia en los suicidios consumados, por igual que ROY (1982) si bien este último (ROY, 1983) encuentra mayor incidencia de la depresión en tentativas de suicidio.

Las cifras de representabilidad de la depresión en los suicidios consumados oscila bastante de unos estudios a otros. BURKE (1974) encuentra un 5% de depresiones endógenas, CAMPALLA un 15% a 16%, OLTMAN Y FRIEDMAN un 16,5%, ROY (1982) un 18,8%, RABINER Y COLS. (1982) un 22%, ROJAS (1984) habla de un 16 a 35%, POLDINGER (1969) de un 33 a 50%, ALONSO-FERNANDEZ (1978) de un 60 a 90% y SCHNEIDER (1982) de un 66% solamente para la depresión endógena, encontrándose un estado de ánimo depresivo en más del 75%.

En tentativas de suicidio la depresión endógena tiene una representación que varía según los diversos estudios del

2,3% (PACHECO Y COLS. 1981), al 3,9% (GARCIA MACIA Y Cols. 1984), 7,1% (BRIDGES Y KOLLER, 1966), 10% (JACOBSON Y TRIBE, 1972) y 33% (GOLDNEY Y PILOWSKI, 1980). Para la depresión en general, las cifras se elevan desde el 10% (MORGAN Y Cols. 1975; PINSKER, 1981) al 16,9% (URWING Y GIBBONS, 1979), 23% (MURPHY Y WETZEL, 1982), 29,6% (GARCIA-MACIA Y Cols., 1984), 33% (BAKER, 1984), 36% (WEST, 1965), 37,7 (PACHECHO Y Cols. 1981), 28% para los hombres y 40% para las mujeres (MONTGOMERY y MONTGOMERY, 1982), 47,7% (POLDINGER, 1969), 50% (ABRIL, 1985), 56,4% (ROY, 1983) y del 35 al 79% (WEISSMAN, 1974). BIRCHNELL Y ALARCON (1971) encuentra que en todas las tentativas de suicidio es demostrable un cierto grado de depresión. OKASHA Y Cols. (1981) encuentran datos muy similares entre tentativas y suicidios consumados en lo que se refiere a síntomas de depresión.

La explicación de esta disparidad de cifras ha sido achacada por CARLSON Y STROBER (1978) a una mala interpretación de los síntomas clínicos observados. En este mismo sentido WEISSMAN Y MYERS (1978) y GOLDNEY Y PILOWSKY (1980) han observado que cuando se usan medidas objetivas de depresión, como cuestionarios, los niveles de depresión son más elevados que los obtenidos por observación clínica. De hecho, cuando GOLDNEY y Cols. deciden aplicar a las tentativas de suicidio un cuestionario (L.P.D.) encuentran un índi

ce de depresión endógena sensiblemente mayor que el hallado en otros estudios anteriores, como los efectuados por SCHMIDT y Cols. (1954), YESSLER y Cols. (1961), KESSELL (1965), EDWARDS y WHITLOCK (1968), OVENSTONE (1973), HOLDING y Col. (1977) y LARGE (1979).

HAWTON y CATALAN (1982) han intentado explicar esta dispersión estadística por la deformación sintomatológica que, desde el punto de vista psicopatológico, produce en sí misma la tentativa de suicidio. Según los citados autores, en su experiencia, en 31% de los diagnósticos valorados como típicos en el momento de la tentativa, una vez controlados, solo un 24% tenían un diagnóstico psiquiátrico claro en el curso de la primera semana, y un 8% a partir de los tres meses, aunque persistía en un lugar "borderline" un 14%.

Por otro lado hay que tener en cuenta la frecuente asociación de depresión a otras nosologías psiquiátricas también relacionadas de forma muy íntima con la conducta suicida, como la esquizofrenia, el alcoholismo y demás drogodependencias. Cuando varias de estas patologías se asocian, la conducta suicida aparece con mucha más facilidad, y a la hora de elegir el diagnóstico fundamental, los autores se deciden por uno u otro no siempre en base a criterios uniformes que,

posteriormente faciliten la comparación entre los diversos trabajos de investigación.

BERGOUIGNAN (1963) puso de relieve como con gran frecuencia una depresión atípica es la forma inicial de presentación de una esquizofrenia que puede anunciarse por una tentativa de suicidio. La asociación depresión-esquizofrenia-suicidio se ha demostrado tan llamativa (FALLOW y Cols., 1978; KNIGHTS y Cols., 1979; ROY, 1980, 1981, 1982; ROY y Cols. 1984, etc....) que LEVY y Cols. (1984), basándose en los trabajos de TRASKMAN y Cols. (1981) y de POTKIN y Cols. (1983) han sugerido la posibilidad de una relación entre dilatación de ventrículos cerebrales en esquizofrenias y depresión, disminución de 5-HIAA y suicidio; por el choque con las estructuras periventriculares, debido a la dilatación de dichos ventrículos.

Respecto del alcoholismo, la incidencia de la depresión se ha calculado entre un 28 y un 61% (WINOKUR, 1972; WOODRUFF y Cols. 1973; CADORET y WINOKUR, 1974; ROBINS y Cols., 1977; WEISSMAN y Cols., 1977, etc...), habiéndose demostrado una gran incidencia de ésta entre los alcohólicos que se suicidan (BARRACLOUGH y Cols., 1974; MURPHY y Cols. 1979; BESKOW, 1979; etc...), siendo, según BERGLUND (1984) los síntomas más comunes inmediatamente antes del suicidio.

Respecto de la prevención de la ideación suicida dentro de los cuadros depresivos de cualquier índole, es ampliamente reconocido el carácter excepcional de la depresión que no se acompaña de ideas suicidas. GOLDBERG (1981) ha comprobado recientemente, que al menos el 80% de las depresiones cursan con ideas de suicidio.

Durante los últimos años se ha venido destacando en la literatura la importancia de la desesperanza ("Hopelessness"), entendida como "expectativas negativas hacia el futuro" (BEDROSIAN y BECK, 1979), que acompaña a las depresiones, pensándose que dicha desesperanza constituye el factor suicidógeno principal del cuadro depresivo. MARCEL (1971) identifica la desesperanza con el aislamiento, ya que según él, incapacita para disponer del prójimo y de las cosas que le rodean. FROMM (1968) identifica la desesperanza con un afán destructor, ya que afirma: aquel cuya esperanza ha sido completamente destruida aborrece completamente la vida, y puesto que no puede crear vida, quiere entonces destruirla. No desea sino vengarse a causa de la vida que no ha vivido, y lo lleva a cabo arrojándose a una destructibilidad total, de tal modo que poco importa si destruye a los demás o se destruye a él mismo.

En el suicidio del depresivo no es que falte la esperanza, sino que hay un estado de desesperanza total (ROJAS, 1984),

se ha perdido el proyecto de la existencia, cayéndose en la subsistencia, que es ya un mero vivir corporal, puesto que el cuerpo es la expresión más clara de ella.

ROOSE y Cols. (1983) han comparado deprimidos desesperanzados con deprimidos no francamente desesperanzados, encontrando que entre los primeros se produjeron cinco veces más suicidios que entre los segundos. DYER y KREITMAN (1984) revisan los trabajos realizados hasta el momento y en su estudio observan que la relación entre depresión e intento de suicidio desaparece cuando la desesperanza se mantiene constante, mientras que la viceversa no es cierta, por lo que, según ellos, la idea de que las personas pueden matarse porque no tienen esperanzas de que las cosas mejoren tiene bastante validez.

CORRELACIONES CON INTENTO DE SUICIDIO					
AUTOR Y PAIS	CASOS (Muestras)	Desesperanza	Depresión	Desesperanza (Depresión controlada)	Depresión (desesperanza controlada).
MINKOFF et al. 1973. USA.	68 suicidios (tentativas) Hospitalizados	0,47*** (HS)	0,26* (BDI)	0,41***	-0,09n.s.
BECK et al. 1975. USA.	384 tentativas de suicidio hospitalizados	0,38*** (HS) 0,50*** (Clinical Rating)	0,30*** (BDI) 0,27*** (Clinical Rating)	0,24*** 0,47***	0,06n.s. 0,09n.s.
POKORNY et al. 1975 USA.	21 intentos de suicidio en deprimidos admitidos en el VA Hospital	0,39n.s. (HS)	0,52* (Zung scale)	---	---

WETZEL 1976. USA.	A. 48 intentos de suicidio (medidos por SIS en el momento del intento)	0,13n.s. (modificación HS)	0,21n.s. (Zung Scale)	-0,04n.s.	-0,17n.s.
	B. Id. A. con intento en el periodo de prueba medido por la escala post-intento de BECK.	0,70*** (modificación HS)	0,21n.s. (Zung Scale)	0,63***	0,34*
	C. 56 enf. psiquiátricos con ideas de suicidio medidas por la escala de intento de BECK.	0,52** (modificación HS)	0,41** (Zung scale)	0,40**	0,20n.s.
WETZEL et al. 1980 USA.	73 enf. psiquiátricos internados (intent scale for ideators)	0,76*	0,36*	0,72*	0,10n.s.
GOLDNEY 1979 Australia	103 mujeres jóvenes con intento de suicidio	0,45*** (HS)	0,41*** (LPD)	0,26**	0,16n.s.

Estudios publicados sobre relaciones entre intentos de suicidio, depresión y desesperanza, mostrando orden-cero (Pearson r) y correlaciones parciales entre valores de depresión y desesperanza y valores de intento de suicidio (medidas por SIS excepto donde se establezca de otro modo):

HS=Hopelessness Scale; BDI=Depression inventory; SIS= Suicide Intent Scale. Zung Scale=Zung self-rating depression scale; LPD=Levine=Pilowsky depression Questionnaire; MMPI=Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

***P<0,001 **P<0,01 *P<0,05 n.s.=not significant

Tabla elaborada por DYER y FREITMAN (1984).

Además, DYER y FREITMAN (1984) al utilizar el S.I.S. encuentran que ni las puntuaciones de depresión ni las de desesperanza muestran relación significativa en el intento de suicidio, con el sexo o la edad. Lo mismo les ocurrió a SILVER y Cols., 1971;

MINKOFF y Cols., 1973 y a BECK y Cols. (1975) respecto de la edad y a LESTER y Cols. (1975) respecto del sexo; pero otros estudios sí encuentran relaciones con la edad (BECK y Cols., 1974; PIERCE y Cols., 1977; LESTER y Cols., 1975) o con el sexo (PALLIS, 1977).

BEDROSIAN y BECK (1979) dicen que son más previsibles los suicidios en los que hay desesperanza que en los que hay depresión; lo que les lleva a BECK y Cols. (1974) a crear y validar una escala de desesperanza (H.S.) que aplican BECK y Cols. (1975) y MINKOFF y Cols. (1975) a personas hospitalizadas por intentos de suicidio descubriendo que mientras la depresión y la desesperanza estaban relacionadas con el intento de suicidio, la relación entre depresión e intento de suicidio desaparecía cuando la desesperanza era controlada.

La relación entre la gravedad de la depresión y la del intento de suicidio, aceptada tradicionalmente, ha sido cuestionada durante los últimos años. CHILES y Cols. (1980) y KASHANI y Cols. (1980) la han demostrado en jóvenes delincuentes, pero GOLDNEY y PILOWSKY (1980) no encuentran diferencias significativas en el grado de depresión entre los intentos de suicidio que requerían cuidados intensivos y los que no lo requerían. MONTGOMERY y MONTGOMERY (1982) también observan

que el acto suicida no es necesariamente un indicador de la severidad de la depresión, aunque sí lo son las ideas suicidas.

Algunos, entonces, han señalado un mayor riesgo de depresión en ciertos tipos nosológicos de depresión. Para STENGEL (1965) las depresiones con mayor riesgo de suicidio serían aquellas que cursan con sentimientos de culpa, desvalorización y autoacusaciones, junto con gran tensión y agitación. GAZZANO (1973) también concede un mayor riesgo de suicidio a la depresión agitada. RESNICK (1969), MILLA (1983), ROJAS (1984), CAMPAILLA (1985), etc., hablan de la depresión endógena, en general, como la que se acompaña de un mayor potencial suicida, precisando ROJAS (1984) como en el curso de una depresión endógena la fábula delirante se puede entremezclar con la idea fija primero y obsesiva después, de matarse.

KLUBER-ROSS (1975) ha destacado el gran riesgo de suicidio de las depresiones que acompañan a los enfermos terminales; MORON (1977) las de las depresiones bipolares en el paso a fase maniaca. POLDINGER (1969) la frecuencia de suicidios ampliados en las depresiones endógenas, ALONSO-FERNANDEZ (1978) ha matizado como es aún mayor en las depresiones delirantes, especialmente si poseen rasgos paranoides.

Los aspectos evolutivos y terapéuticos poseen una especial trascendencia a la hora de valorar la aparición de una conducta suicida en el marco de una depresión. PAYKEL y Cols. (1975) han estudiado la influencia de "life events" en depresivos que hicieron una tentativa de suicidio, encontrando que habían sufrido un número 3 veces mayor que la población general, pero menor que el de la población suicida en general. Resulta interesante que el mayor número de acontecimientos, entre los depresivos, ocurrió en el periodo anterior a la depresión, mientras que para el resto de los suicidas ocurrieron en el mes anterior al suicidio. Por tanto hay que pensar que en los suicidas deprimidos, los acontecimientos externos ejercen su influjo suicidógeno en una extensión de tiempo más dilatada.

STORR (1968) ha descrito como en la depresión, la inhibición del impulso agresivo hacia el mundo exterior hace que este se reoriente contra el yo, con la consiguiente autocensura y sentimientos de indignidad. Efectivamente, parece que en las depresiones inhibidas la pasividad se va adueñando del sujeto y termina por gobernarlo, pero, tal como dice ROJAS (1984), el sujeto sigue teniendo vida interior, aunque carezca de la exterior, con lo que introyecya la agresividad que va acumulando dentro, con lo que, de no ser por el efecto de contención de la inhibición sería muy probable que se suicida-

ra dominado por fuertes impulsos autoagresivos. Según lo cual los momentos más peligrosos están situados al principio y al final de la fase depresiva, cuando empieza a ceder la inhibición y el sujeto tiene disponibilidad para movilizar sus propios impulsos. STENGEL (1965) también ha subrayado este gran riesgo de suicidio consecuente a la recuperación de la iniciativa cuando aún persiste el ánimo depresivo, por igual que GAZZANO (1973) quien además ha insistido en el gran riesgo de suicidio, en deprimidos, durante los tres meses posteriores a la tentativa.

El mayor riesgo de suicidio entre los depresivos puede situarse, según ALONSO-FERNANDEZ (1978) en la etapa inicial, al comenzar el tratamiento, al ser dados de alta en la clínica hospitalaria y en las horas de madrugada; y en todo momento evolutivo de las depresiones paranoides, acompañadas de sentimiento de culpa o ansiosas. A este respecto GOMEZ DEPERTUS (1977) ha advertido como un periodo de calma dentro de una depresión ansiosa puede ser la consecuencia de una firme decisión de suicidarse.

La correcta prescripción farmacológica cobra una importancia capital en las relaciones entre depresión y suicidio.

CAMPAILLA (1985) ha denunciado como el suicidio acaecido durante el curso de un tratamiento es a menudo la consecuencia de una prescripción inadecuada de un antidepresivo, ya que no se puede confiar en una aplicación correcta del tratamiento prescrito a un paciente que vive solo, en primer lugar, porque no es posible tener la seguridad de una administración regular de los fármacos y en segundo, porque se corre el riesgo de que el mismo fármaco pueda ser usado para llevar a cabo el suicidio. No se puede prescribir un antidepresivo desinhibitorio sin asociar al mismo un ansiolítico, así como no se puede aconsejar un antidepresivo que empeora el insomnio, síntoma frecuentísimo entre los intentos graves de suicidio.

El hecho de que los derivados desmetilados de la imipramina y de la amitriptilina mejoren con mucha más rapidez la parálisis motriz que el estado de ánimo depresivo y su consiguiente ideación suicida, con el riesgo de "paso al acto" al cesar el efecto de contención de la inhibición, ha llevado a algunos autores como POLDINGER (1972) a aconsejar incluso que en depresiones de estas características se comiencen a administrar los antidepresivos junto con neurolépticos de fuerte acción sedante, si bien, en general, la asociación con tranquilizantes menores suele ser suficiente.

-6.2.2.-Alcoholismo y otras drogodependencias:

El desarrollo de ideas suicidas entre los consumidores excesivos de alcohol y su efecto desinhibitorio favorecedor del "paso al acto" suicida son hechos bien conocidos.

CHODORKOFF (1964) ha llegado a considerar al alcoholismo, en sí mismo, como una forma de autoagresión y STENGEL (1965) como una forma de suicidio crónico.

Los diversos autores la consideran la segunda (ROBINS y Cols., 1959) o la tercera causa (POLDINGER, 1969; POKORNY, 1983) etiológica entre los suicidios consumados. En líneas generales los límites aportados en la bibliografía señalan que de un 3,5 a un 27% de las muertes entre los alcohólicos se deben a suicidio: DAHLGREN (1951), LEMERE (1953), MECIR y Cols. (1956), SUNDBY (1967), CIOMPI y EISERT (1971), LINDELIUS y SALUM (1972), SCHMIDT y LINT (1972), THORARINSSON (1979), FREIXA y Cols. (1981), COMBS-ORME y Cols. (1983), BERGLUND (1984); y que de un 6,5 a un 25% de los suicidios son realizados por alcohólicos: ROBINS y Cols. (1959), DORPAT y RILEY (1960), GODWIN (1973), BARRACLOUGH y Cols. (1974), ALONSO-FERNANDEZ (1979), BESKOW (1979), etc...

BECK y Cols. (1982) han encontrado en las tentativas de suicidio que un 26,7% de los alcohólicos tenían ya una o más tentativas de suicidio previas, lo que habla en favor de que los alcohólicos también realizan un número elevado de tentationes.

vas de suicidio, que RUSHING (1968) ha calculado 21 veces superior al de la población general en Nueva York, ya que aproximadamente uno de cada cinco alcohólicos realiza una o más tentativas de suicidio, cifras similares a las obtenidas en España por FREIXA y Còls. (1981). De un 4 a un 25% de las tentativas de suicidio son realizadas por alcohólicos: ALONSO-FERNANDEZ (1979), GIACALONE y Còls. (1980), MURPHY y WETZEL (1982), MILLA (1983), BAKER (1984), ABRIL (1985), etc...

Hay que tener en cuenta a la vista de estos datos, que en el alcoholismo los suicidios encubiertos son especialmente frecuentes, ya que muchos de los frecuentes accidentes automovilísticos en los que se ven involucrados, 39 veces más que la población general según BRENNER y SELZER (1969), pueden tener un sentido suicida. Por otro lado hay que considerar que los alcohólicos que cometen suicidio tienen más síntomas psiquiátricos que el resto de los alcohólicos. THORARINSSON (1979) observó que más del 50% de los alcohólicos que intentaron suicidarse tenían además del alcoholismo otros diagnósticos adicionales, por lo que hay que pensar con BERGLUND (1984) que en muchos casos, la interacción entre el abuso del alcohol, personalidad, y la existencia de alteraciones psiquiátricas puede ser el factor de suicidio primordial.

Es bien sabido que los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los alcohólicos que se suicidan: BARRACLOUGH y Còls. (1974), WEISSMAN y Còls. (1977), MURPHY y Còls. (1979),

BESCOW (1979). Oscilando la incidencia de la depresión en el alcoholismo entre un 28 y un 61% (WINOKUR, 1972; WOODRUFF y Cols. 1973; CADORET y WINDKUR, 1974; ROBINS y Cols., 1977; WEISSMAN y Cols., 1977). Si bien, tal como ha observado recientemente BERGLUND (1984) suele tratarse de depresiones poco severas excepto en un 2% de los casos, los síntomas depresivos son los más comunes en el periodo inmediatamente anterior al suicidio en los alcohólicos. Por otra parte, la alcoholdependencia enmascara, desde el punto de vista clínico, muchos cuadros depresivos (ALONSO-FERNANDEZ, 1978).

Los factores familiares y socio-ambientales, cobran una especial importancia a la hora de valorar las tendencias suicidas en el alcohólico. MURPHY y ROBINS (1967) y MURPHY y Cols. (1979) demostraron como una gran proporción de hombres alcohólicos que se suicidaron, habían experimentado la pérdida de una importante relación personal en las seis semanas anteriores al suicidio. KENDALL (1983) ha subrayado como un importante factor a la hora de juzgar el por qué de una tasa tan alta de suicidios entre los alcohólicos, es el hecho de que muchos están divorciados. Efectivamente, el mal físico y mental profundo típico del proceso de la dependencia alcohólica se agrava por la desintegración del nucleo familiar y el aislamiento social. La incapacidad de tolerar posibles frus-



traciones en las relaciones interpersonales es el factor que desencadena el acto suicida (DE VANNA y MALANNINO, 1980). Tan to más cuanto que el efecto desinhibidor del alcohol puede favorecer el "paso al acto" suicida; a la vez que aumenta la gravedad cuando la técnica elegida es la intoxicación (más de la mitad de los casos según BERGLUND, 1984), ya que el alcohol potencia el efecto letal del producto elegido. Si la técnica elegida no es la intoxicación, los métodos suelen ser siempre más cruentos (GONZALEZ y Cols., 1982).

Se ha destacado ultimamente entre los factores de índole psicosomática que pueden favorecer el suicidio entre los alcohólicos a la úlcera péptica. BERGLUND (1984) ha encontrado que la tasa de suicidios es tres veces superior entre los alcohólicos con úlcera péptica que entre los alcohólicos que no la padecen. A este respecto hay que considerar también la incidencia del suicidio y del alcoholismo entre los opera dos de úlcera. KNOP y FISCHER (1981) realizan un seguimiento de mil pacientes que sufrieron resección Bilioth, obteniendo un 13,7% de muertes por suicidio tras unos 25 años de seguimiento. El 50% de los suicidios eran alcohólicos, pero lo más curioso es que afirman que en la mayoría de los casos, el abuso del alcohol se desarrolló después de la cirugía. En este sentido hay que recordar la frecuencia con que se desarrollan cuadros psicopatológicos tras intervenciones quirúrgicas.

Respecto de los toxicómanos, es sabido, que constituyen un grupo con especial riesgo de suicidio (BATTEGAY, 1965; KIELHOLZ, 1967; POLDINGER, 1969). Todo toxicómano es un suicida potencial con más acciones suicidas que los individuos de un grupo control no drogadictos (FREDERICK, 1972). Algunas veces los resultados son dramáticos; recordemos el suicidio-homicidio colectivo de Jones Town (1979) en el que una gran mayoría eran drogadictos o ex-drogadictos (REVERZY y SOUBRIER, 1979).

Algunos autores, como MENNINGER (1983) han pensado que la toxicomanía constituye un suicidio crónico que solo puede terminar en la muerte. Un comité de expertos de la OMS (1975) también ha afirmado que el consumo de heroína es una forma de suicidio lento, no solo por el riesgo de muerte que entrañan las dosis excesivas, sino también a causa del riesgo de septicemia y de hepatitis y del deterioro físico debido a la pérdida de apetito y a una dieta deficiente. La toxicomanía sería entonces un sustituto de los típicos actos suicidas y serviría para escapar de la realidad, pero tal como afirma STENGEL (1965), si ésta fuera la única relación entre esos hábitos y los suicidios, estos últimos deberían ser infrecuentes entre los adictos, y en realidad, ocurre lo contrario.

La extensión del concepto de equivalentes suicidas a las drogodependencias, peca de excesiva generosidad según ALONSO-FERNANDEZ (1985), ya que pasa por alto las motivaciones

inmediatas de los drogadictos, como la búsqueda del placer, la curiosidad, al alivio de su sufrimiento, la necesidad de nuevas vivencias y la evasión de la realidad. Con el avance de las drogodependencias afloran frecuentemente tendencias suicidas, casi siempre alentadas por un cuadro depresivo secundario o por la agudización de la situación conflictiva. Por otro lado, es frecuente observar como muchos protagonistas de actos suicidas se vuelven después alcohólicos o drogadictos. Esta relación ha sido explicada por ALONSO-FERNANDEZ (1985) por una común tendencia al riesgo entre los adolescentes. OLIEVENSTEIN (1979) cree que el nexo de unión estaría solamente en rechazar la existencia tal como se vive.

PINSKER (1981) ha observado casos graves de sobredosis por drogas, encontrando que los pacientes, una vez recuperados, niegan la intención suicida, por lo que resulta muy difícil admitir que los casos de sobredosis puedan ser enmarcados, en su conjunto, como acciones suicidas, ya que en su mayoría parecen tener un carácter accidental o confusional. Muchos actos autoagresivos cometidos por toxicómanos suceden desencadenados por la no disponibilidad de la droga en ese momento, y casi nunca por una intención chantajista tal como afirmaba MORON (1977).

SOUBRIER (1983) ha manifestado como el toxicómano puede morir de forma intencionada, no intencional y subin-

tencional; si bien el 80% de los casos de sobredosis se deben a un desconocimiento del origen y composición de la droga utilizada, existiendo finalidad suicida solamente en un 5% de los casos.

Las cifras varían mucho de unos países a otros, en relación con que el consumo de estos tóxicos se halle más o menos extendido entre la población, y en particular, entre que sectores concretos de ésta. En España, según estudios recientes, los porcentajes obtenidos de toxicomanía entre los que intentaron suicidarse se sitúa entre un 8% (GARCIA-MACIA y Cols., 1984) y un 20% (MILLA, 1983).

Por último, destacar como además de la muerte tóxica producida por una sobredosis y la producida por diversos procesos infecciosos o accidentes secundarios al abuso de estas sustancias, las drogodependencias pueden dar lugar a lo que SOUBRIER (1983) ha denominado "muerte psíquica", es decir, la subsiguiente a la evolución intelectual casi terminal de la psicosis de base, agravada por la farmacodependencia; relacionada con la profunda regresión de la personalidad que culmina en una demencia y un estado psicótico sin retorno, formado por un síndrome en el que destacan junto a la intoxicación crónica, los desórdenes de personalidad, incuria, y déficit intelectual, en un marco de ruptura social.

B-6.2.3-Esquizofrenia:

POKORNY (1984) calculó la tasa anual de suicidios consumados por 100.000 esquizofrénicos en 167. Más recientemente WILKINSON (1982) calcula una tasa anual que se situaría entre los 500 y 750 suicidios, unas 20 veces superior a la población general (OSMOND y HOFFER, 1973). RENNIE (1939), WINOKUR y TSUANG (1975) y MILES (1977) han comprobado que más de un 10% de los esquizofrénicos mueren a causa del suicidio.

Algunos autores acusan a la esquizofrenia de ser el trastorno psicopatológico causante de un mayor número de defunciones por suicidio: TSUANG y Cols. (1980), RABINER y Cols. (1982), ROY (1982), SCULLY y HUTCHERSON (1983). Otros la sitúan en un segundo lugar, tras la depresión: POLDINGER (1969), SCHNEIDER (1982), etc... El porcentaje de suicidios consumados por esquizofrénicos entre enfermos psiquiátricos ha sido evaluado en un 33% por ROY (1982) y en un 55% por RABINER y Cols. (1982). Tras 10 años de seguimiento, POLDINGER (1969) halla un 1% de suicidios consumados por esquizofrénicos, y MARKOWE y Cols. (1967) un 6%. NOREIK (1975) en un seguimiento de 5 años encuentra un 2,86% entre los hombres, y un 0,25% entre las mujeres. También WARNES (1968) y ROY (1982) confirman que un 80% de los suicidios consumados por esquizofrénicos son protagonizados por varones. BREIER y ASTRACHAM (1984) llegan a encontrar un 90%.

LEMPERIERE y DESLAURIENS (1961) calculan que la relación tentativas/consumados entre los esquizofrénicos es aproximadamente de 4/1. ROY y Cols. (1984) encuentran que el 55% de los esquizofrénicos crónicos han realizado una o más tentativas de suicidio. Los diagnósticos de esquizofrenia entre las tentativas de suicidio oscilan entre un 10% del total (LAUNAY y COL, 1964), un 20% (BAKER, 1984), un 30% (NOREIK, 1975; ROY, 1982) y un 40% (PINSKER, 1981), siendo este porcentaje más elevado cuando los estudios eligen como muestra a enfermos hospitalizados.

STENGEL (1965) cree que los esquizofrénicos se suicidan especialmente en los primeros estadios de la enfermedad, cuando pueden experimentar el siniestro sentimiento de una catástrofe inminente. Su conducta externa todavía puede ser completamente normal, por lo que achaca al comienzo de una esquizofrenia algunos misteriosos e inesperados suicidios de personas jóvenes. LEMPERIERE y LAURIENS (1962) también han insistido en las dificultades diagnósticas en razón de la escasa sintomatología que presentan estos enfermos durante la fase que CONRAD (1963) ha denominado de "trema".

El esquizofrénico joven debe ser contemplado como un ser que tiene un gran riesgo de suicidio, superior, según WALTZER (1984) al del joven deprimido, particularmente si es autista y con signos precoces de despersonalización y de división del yo. Con no poca frecuencia, según BERGOUIGNAN (1963), síntomas

de depresión atípica corresponden al comienzo de una esquizofrenia que se anuncia mediante una tentativa de suicidio.

Por otro lado la asociación de síntomas depresivos con esquizofrenia favorece extraordinariamente las tentativas suicidas. Habiéndose destacado esta asociación con especial incidencia en la esquizofrenia crónica, dentro de la cual se ha calculado que de un 30 a un 50% de los esquizofrénicos padecían síntomas depresivos: FALLOON y Cols. (1978), KNIGHTS y Cols. (1979), ROY (1980, 1981, 1982), ROY y Cols. (1984).

La tasa de incidencia de depresiones pospsicóticas, que hacen irrupción cuando el cuadro esquizofrénico acaba de remitir, parece haberse elevado cuantiosamente en los últimos años (ALONSO-FERNANDEZ, 1984), tal vez debido, en parte, a la depresión sintomática producida por la administración de neurolepticos incisivos. Este autor ha descrito también como el esquizofrénico se deprime al encontrarse a la vez sin el delirio y sin un contenido real suficientemente sólido para sustituirlo, con lo que la supresión radical del delirio puede inducir al suicidio. Su cuadro clínico suele consistir en una depresión inhibida simple, donde prevalece el lenguaje de pocas palabras, el apagamiento psíquico y motor, la pérdida de iniciativa y espontaneidad y la tendencia al suicidio.

Durante los episodios agudos de la esquizofrenia, el periodo precedente al "paso al actº. suele estar caracterizado por la aparición de conflictos o de un personaje hostil, ficticio o real (GORCEIX y Cols., 1971); habiéndolo considerado WAXBERG (1956) que un 75% de estos suicidios pertenecen al tipo paranoide. El padecimiento de alucinaciones auditivas persistentes también supone un grave riesgo de suicidio (FALLOON y TALBOT, 1981). PINSKER (1981) encuentra que un 25% de los esquizofrénicos que intentaron suicidarse habían oído voces que les impulsaban a matarse. ROJAS (1984) ha descrito un mayor riesgo de suicidio entre los esquizofrénicos con alucinaciones acústicas de contenido tanático, los que tienen un delirio de carácter mesiánico y los angustiados ante la vivencia del fin del mundo. Pero también muchos suicidios de esquizofrénicos se producen en forma de actos impulsivos o raptus incomprensibles e incongruentes (ALONSO-FERNANDEZ, 1978). Los suicidios ejecutados por esquizofrénicos afectados por un delirio bajo el cual realizan acciones mortales sin conciencia del riesgo objetivo que estas implican, ha sido puesto en tela de juicio, ya que al no estar mediatizados por una voluntad de muerte no pueden ser considerados como actos suicidas desde un punto de vista estricto.

La importancia de la readaptación y reinserción social y familiar dentro del proceso terapéutico del esquizofrénico se ha venido destacando durante las últimas décadas. Dicha readaptación y reinserción no solo son útiles para lograr la mejoría

del paciente, sino que tienen un marcado efecto profiláctico del suicidio. No es raro, dice MORON (1977), que un esquizofrénico aparentemente estabilizado reaccione con el suicidio frente a las dificultades de la readaptación social. Es más, parece que una personalidad premórbida antisocial supone un mayor riesgo de suicidio (VIRKUNNEN, 1976). ROY (1982) ha llegado a constatar que un 90% de los esquizofrénicos que consumaron suicidio estaban solteros y un 46,6% vivían solos.

En muchos casos, han sido rechazados por sus familiares. Tal como dice ROJAS (1984), un esquizofrénico puede suicidarse por la influencia del aislamiento y soledad a que puede verse sometido en la institución psiquiátrica en donde se encuentra y al ver que sus familiares se han desentendido de él. Es importante cuidar al máximo al enfermo cuando está remitiendo de un cuadro psicopatológico, ya que puede ser entonces cuando viva ese abandono de una forma especialmente marcada. ROY (1982) y WALTZER (1984) han destacado como el desempleo junto con unas escasas perspectivas de trabajo pueden, a su vez, favorecer la tendencia suicida.

Se ha intentado hallar un periodo, tras la primera hospitalización, en que el riesgo de suicidio fuese más destacado. ROUSSELOT (1982) sitúa el pico de tentativas de suicidio en esquizofrénicos en los cinco primeros años, con un máximo en el año siguiente a la salida del hospital. WALTZER (1984) recorta

este periodo en los tres o seis meses posteriores al alta hospitalaria. Una mayor repetición de las tentativas de suicidio implicaría un riesgo de muerte más elevado; el problema es grave si consideramos que WILKINSON (1982) encuentra que un 33% realizaron una o más tras diez o quince años de seguimiento. Sin embargo, algunos autores como SHAFFER y Cols. (1974) y ROY (1982) no encuentran diferencias en el número de tentativas de suicidio anteriores entre los esquizofrénicos que consumaron y los que no consumaron suicidio.

En el estudio realizado por este último autor citado, un 20% de los suicidios consumados por esquizofrénicos se realizaron durante la hospitalización. Un 25% en las dos primeras semanas consecutivas al alta, un 30% durante el primer mes, un 50% dentro de los tres primeros meses, y un 90% un año después. El riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos, según han calculado COPAS y FRYER (1980) disminuiría en razón inversamente proporcional a la raíz cuadrada del tiempo del tiempo que pasan bajo tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento hospitalario.

.6.2.4. Otros:

Las neurosis, psicopatías y en general, los trastornos de personalidad, junto con las denominadas crisis psicológicas o reacciones vivenciales anormales o de ajuste, tienen una gran

relevancia en la conducta suicida; especialmente en lo que se refiere a tentativas de suicidio. El problema, a la hora de realizar una revisión bibliográfica, se centra rápidamente en la falta de unidad de los diversos autores en lo que se refiere a criterios nosológicos.

Abundan en la literatura especialmente términos diagnósticos muy variados dentro de este campo nosológico, elegidos mediantе criterios no uniformes, y que por lo tanto pueden dar lugar a confusión y a dispersión de los datos obtenidos. Comprendemos, por otro lado, que todo afán homogeneizador conlleva un déficit, mayor o menor, de precisión diagnóstica. Hallándose fuera del contexto de nuestro trabajo actual los problemas que atañen a la nosología psiquiátrica, nos limitaremos a revisar la incidencia de estos trastornos en la conducta suicida tal como los refieren los distintos autores.

En lo que se refiere a tentativas de suicidio, adquieren una gran importancia. Veamos algunos ejemplos de la representatividad de su incidencia y de la disparidad nosológica: ANGLE y Cols. (1983) encuentran que los "problemas de adaptación" son el diagnóstico mayoritario en las tentativas de suicidio realizadas por adolescentes.

También sobre adolescentes, FAU y Cols. (1965) encuentran un 21,5% de "síntomas neuróticos" y un 17,5% de "trastornos de

carácter"; total: un 40%. ZIMBACA y Cols. (1963) un 15% de "neurosis" o "rasgos neuróticos de la personalidad", un 37% de "desequilibrios psicopáticos" y un 5% de "crisis juveniles graves" y un 8% de "personalidades atípicas"; Total: un 65%. SZYMASKA y ZELAZOWSKA (1964) encuentran un 11% de "neurosis graves", un 48% de "neurosis ligeras", un 8% de "desórdenes del carácter" y un 17% de "psicopatías"; total: un 84%.

Sin tener en cuenta la edad de los que realizaron tentativas de suicidio, MONTGOMERY y MONTGOMERY (1982) encuentran un diagnóstico mayoritario de "trastornos de personalidad", y BERRIOS (1980) de "stres social grave". MURPHY y WELZEL (1982) encuentran "trastornos de personalidad" en un 33% de los diagnósticos. BAKER (1984) un 28,5% de "reacciones de ajuste", un 10,5% de "personalidades borderlyne" y un 3,5% de "desgracias no complejas"; total: un 42,5%. PINSKER (1981) un 16% de "desórdenes de personalidad". PACHECO y Cols. (1981) un 40% de "reacciones vivenciales anormales", un 4,6% de "neurosis", un 6,1% de "psicopatías"; total: un 50,7%. HANSEN y WANG (1984) un 30% de "neurosis" y un 15% de "trastornos de personalidad"; total: un 45%. GARCIA-MACIA y Cols. (1984) un 24,4% de "trastornos reactivos no calificados como enfermedades mentales" y un 8,9% de "psicopatías"; total: un 33,3%. GIACALONE y Cols. (1980) en hombres un 24% de "neuróticos"; un 5% de "trastornos del carácter" y un 10% de "psicopatías"; total: un 39%; y en mujeres, un 27% de "neurosis" y un 12% de "trastornos del carácter"; total: un 39%.

A la vista de estos datos, podemos calcular que, aproximadamente, de un 30 a un 40% de las tentativas de suicidio, son promovidas por trastornos de personalidad (entendiendo este término en un sentido muy amplio, que englobe neurosis, desarrollos neuróticos, psicopatías, crisis de adaptación, etc...) GOLDNEY (1981) ha descrito como entre las mujeres jóvenes que intentan suicidarse abundan los rasgos obsesivos de personalidad, sobre todo entre las tentativas de mayor gravedad. HOBRUCKER (1983) ha encontrado tres trastornos de personalidad de especial relevancia dentro de las conductas suicidas: la personalidad depresiva, la neurótica introvertida y la histérica. Esta última, había sido destacada por STENGEL (1965) y MURTHY (1969) como la principal responsable de los intentos que revestían poca gravedad, y destacaría por su teatralidad y su intensa reclamación de atención y afecto.

En la práctica este concepto parece haberse exagerado, de tal modo que en algunos casos, la atención y el apoyo prestado a sujetos de estas personalidades se ha visto mermado al ser considerados como meros "chantajistas que no pretenden quitarse la vida"; concepto erróneo que ha tenido consecuencias fatales. A veces por error, como dice SOUBRIER (1982), los adolescentes, en un contexto neurótico muy cargado en el plano imaginativo, queriendo solo poner en juego su muerte, llegan a la muerte por suicidio. La ingestión de un medicamento "familiar" tóxico del que no pueden prejuzgar la peligrosidad (colchicina, digital,...) es el ejemplo más dramático.

Pero no solo el error puede explicar que un 4% de los histéricos que se intentan suicidar fallezcan en el intento (COLONNA y LOO, 1972). Hay estudios realizados en suicidios consumados que aportan tasas elevadas para estos trastornos, como el realizado por BORG y STAHL (1982) según el cual, un 32,4% de los fallecidos había sido diagnosticado de neurosis, y un 8,8% de situación de crisis. También SCHONY y Cols. (1984), al estudiar los suicidios consumados en Austria encuentran que una quinta parte de los mismos habían estado ingresados con anterioridad en hospitales psiquiátricos, los diagnósticos de las historias clínicas eran principalmente: personalidad anormal y neurosis, por encima de las psicosis endógenas (que representaban un 33%).

Debemos reconsiderar entonces el riesgo de las personalidades y neurosis histéricas, ya que son los que pasan con más frecuencia a la realización de intentos de suicidio, que no tan rara vez resultan mortales. En las neurosis de carácter, el sujeto permanentemente ansioso, eternamente frustrado, según MORON (1977), y desvalorizado, reacciona impulsivamente con mucha frecuencia. En las neurosis obsesivas, la idea obsesiva puede estar constituida por el mismo suicidio, pero el paso al acto es muy infrecuente, aunque puede ser el resultado de una lucha contra la pulsión.

El desarrollo anómalo de la personalidad de tipo psicopático también muestra una especial afinidad por el suicidio a causa de su impulsividad e inmadurez emocional, sobre todo en la fase juvenil de la vida (ALONSO-FERNANDEZ, 1978), abundando también entre el sexo femenino (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). STENGEL (1965) ha descrito una especial tendencia al suicidio entre los psicopátas antisociales, al serles difícil hacer frente a sus intensos impulsos agresivos.

GUILLO (1985) ha descrito el suicidio narcisista como una forma de perpetuación del propio yo, en la que el sujeto se destruye para salvar la conciencia de si mismo arcaica, la cual posee ilusoriamente los contenidos de fuerza y seguridad. Destruyendo su yo físico en un delirio corporal pretende no temer a los demás, impidiendo que el mundo le huya o le aplaste.

En casos severos de anorexia nerviosa, el déficit alimenticio puede llegar a poner en grave peligro de muerte al sujeto que la padece; pero en estos casos, según OTIN (1983), suele faltar la conciencia de este grave peligro; por lo que este aspecto inconsciente, no reconocido, la racionalización o negación de la conducta y su carácter insidioso y prolongado en

el tiempo podría llevarnos a considerar esta conducta dentro de los actos autodestructivos indirectos o inconscientes descritos por FARBEROW (1980). Aproximadamente un 3% de los anorexicos mueren por suicidio (OTIN, 1983).

En los epilépticos, el suicidio no es demasiado frecuente. PRUDHOME (1941) sobre 75.000 epilépticos encuentra que solamente un 0,1% mueren por suicidio. Tampoco están muy representados entre las tentativas, viniendo a suponer alrededor de un 3% del total de intentos de suicidio (PACHECO y Cols., 1981). Los suicidios en los epilépticos suelen producirse en el curso de distimias o de estados crepusculares (ALONSO-FERNANDEZ, 1978), suelen tener un carácter impulsivo y ocurren siempre con un trastorno de conciencia más o menos pronunciado, según ROJAS (1984), utilizándose, por lo general técnicas cruentas que llevan en sí el sello de lo violento. Otras veces es una mezcla de violencia, ira y deseo de autocastigo.

En las demencias, el suicidio es raro durante el periodo de estado, siendo más frecuente al comienzo debido a las reacciones melancólicas que suelen asociarse, con ideas de culpa, muerte y decadencia y con sentimientos de ineficacia e inutilidad (MORON, 1977). FREEDMAN y Cols. (1982) también han destacado el grave riesgo de suicidio que acompaña al periodo prodrómico, durante el cual el sentimiento de culpa es tan considerable que los pacientes se reprenden a sí mismos por tras-

gresiones mínimas en el pasado, y creen que han cometido pecados imperdonables; llegando a tal extremo la autoacusación y autocondenación que la muerte es deseada como alivio.

El suicidio consumado parece ser poco frecuente entre los oligofrénicos, si bien, los actos autoagresivos sin riesgo de muerte no son tan excepcionales entre ellos. PACHECO y Cols. (1981) han descrito que un 2,3% de las tentativas de suicidio que observaron, habían sido protagonizadas por oligofrénicos.

La O.M.S. ha insistido en la importancia de los factores psicopatológicos dentro del fenómeno suicida y las consecuencias que esto supone a la hora de tomar medidas preventivas. Esta estrecha relación entre suicidio y enfermedad mental ha intentado ser explicada por SAINSBURY (1955), según el cual ambos fenómenos estarían determinados por el mismo orden de causas sociales, psicológicas y biológicas, que al combinarse, harían que un individuo tuviese predisposición al suicidio, otro a una enfermedad mental, y un tercero a ambas.

B-6.3- FACTORES DE SALUD FISICA:

Una salud física deteriorada favorece la conducta suicida. Según ALONSO-FERNANDEZ (1978), el padecimiento de una enfermedad corporal importante es uno de los tres factores suicidógenos principales, junto con la depresión y la soledad. Según SAINSBURY (1955) el padecimiento de una enfermedad de estirpe somática actuó como factor principal en un 18% de los suicidios, y como contribuyente en un 29%. Esta cifra sube a un 35% entre las personas de edad avanzada (SAINSBURY, 1961).

Las enfermedades que más favorecen el suicidio parecen ser las graves (STENGEL, 1965), las psicosomáticas (LITMAN y FARBEROW 1961), las crónicas (GAZZANO, 1973) e incurables (KIELHOLZ, 1967), las que producen incapacidad física, sobre todo si implica disnea (SHNEIDMAN, 1982), y los traumatismos craneales (MORON, 1977). El padecimiento de una de estas enfermedades somáticas también puede inducir el suicidio entre los familiares o personas muy allegadas al enfermo (PAYKEL y Cols., 1975); habiendo demostrado COHEN (1961) que en la mayoría de los suicidios dobles llevados a cabo por matrimonios está presente la enfermedad física en uno y a menudo en ambos cónyuges.

En las tentativas de suicidio, la enfermedad física parece estar menos representada que en los suicidios consumados, suponiendo según GARCIA-MACIA y Cols. (1984) un 3,8% de los casos. OKASHA y Cols. (1981) establecieron que entre un grupo de pacientes

tes con ideas suicidas había un número de enfermedades somáticas tres veces mayor que en el grupo carente de ideación suicida. La tendencia al suicidio parece estar aumentada entre los depresivos que se lamentan continuamente de sus síntomas somáticos (STENGEL, 1965), mientras que según FAGIAN y SCARSO (1980), los neuróticos con pocos síntomas somáticos se suicidan más que los que presentan sintomatología corporal abundante.

Esta mayor tendencia al suicidio entre los sujetos que padecen una enfermedad grave o incurable ha sido achacada por algunos, en ciertos casos, al miedo a la muerte. Ya LUCRECIO ("De rerum natura", III, 110) escribía: "inspira el miedo a la muerte un odio tal hacia la luz y vida, que con pecho angustiado se dan muerte". ABADI (1973) ha descrito como el miedo a la muerte lleva a una "locura defensiva" y ésta a un "suicidio mágico" para evitar la muerte y aplacar el miedo. KIELHOLZ (1967) también ha puesto de relieve lo frecuente de las conductas suicidas entre los pacientes que sufren un delirio de enfermedad. El cancer, real o imaginario, parece desempeñar en la actualidad un importante papel en este sentido.

KUBLER-ROSS (1974) dice que el factor anterior, es más frecuente de lo que puede pensarse, ya que los pacientes graves son casi siempre conscientes de su muerte inminente aún cuando no se les haya dicho la verdad sobre la gravedad de su enfermedad; y que suele asociarse una depresión que favorece el suicidio.

En muchos casos se trata de enfermedades que favorecen la depresión e indirectamente el suicidio, como ocurre con ciertos tumores, diabetes, enfermedad de Parkinson, arterioesclerosis, traumatismos craneales, enfermedad de Addison, determinados procesos infecciosos, psicosis puerperales, etc... En otros casos, la depresión es favorecida por el tratamiento recomendado, como es el caso de algunas drogas antihipertensivas (alcaloides de la rauwolfia, metil-dopa,...), radioterapia profunda, hormonas esteroides, algunas dietas de adelgazamiento, etc...

Las intervenciones quirúrgicas, especialmente las de cirujía del aparato digestivo (ROJAS, 1982) también pueden favorecer el desarrollo de depresiones u otra sintomatología psiquiátrica que favorezca el suicidio. En general, los internamientos en hospitales y asilos, tienen, según POLDINGER (1969) un efecto de presivógeno.

El dolor que acompaña a muchos procesos patológicos también podría actuar favoreciendo o desencadenando la conducta suicida (MORON, 1977; PACHECO; y Cols. 1981), aunque el stress parece ser un mediador más importante entre la enfermedad física y la conducta suicida (LITMAN y FARBEROW, 1961; WEINBERG, 1970; SCHLESS y Cols., 1977).

Vemos, entonces, que la enfermedad física favorece la conducta suicida a través del miedo a la muerte, el dolor, stress,

la incapacidad y los sentimientos de inutilidad; por favorecer la aparición de síntomas psiquiátricos, especialmente de tipo depresivo, de una forma directa o a través de las correspondientes terapéuticas: farmacológica, dietética, quirúrgica, radioterápica, etc..., especialmente si se requiere una hospitalización más o menos prolongada.

B-6.4-FACTORES HEREDITARIOS, FAMILIARES Y CONYUGALES:

La herencia genética del suicidio, en sí, es una posibilidad absolutamente descartada. Los estudios puramente genéticos como el llevado a cabo por KALLMANN y Cols. (1949) en gemelos homocigóticos y heterocigóticos han confirmado la ausencia de transmisión genética del suicidio; ya que como afirma COSTA y Cols. (1977) algunos estudios genéticos obtuvieron éxito al realizarse entre aquellas enfermedades sobre las que se fundamenta el suicidio, pero fracasaron al intentar considerar la suicidalidad en si misma. Lo más que se puede afirmar en este terreno es lo ya considerado por DURKHEIM (1897): "Se hereda la alienación, y por tanto la suicidalidad". Sin embargo, los antecedentes suicidas en la familia parecen favorecer en gran medida -ocho veces más, según un estudio reciente (GARFINKEL y Cols. 1982)-, la aparición de conductas suicidas. Este fenómeno ha sido explicado en parte en base a la existencia de un "aprendizaje" de la conducta suicida.

En el caso de determinadas familias, más si existe un componente psicopatológico hereditario, un sujeto puede aprender la conducta suicida como una salida ante una determinada situación o como una forma de solución ante una problemática interna y/o externa. Esto se vería corroborado por el hecho de que en muchas ocasiones la técnica y el lu-

gar en donde se desarrolla el suicidio sean idénticos a los elegidos por otros suicidas de la familia. Nosotros observamos en Madrid en 1984 el caso de una joven deprimida que se mata arrojándose en el mismo lugar y el mismo día tal como lo había realizado su padre un año antes, el cual también había sido diagnosticado de depresión endógena.

Para que esta interiorización pueda producirse, es necesario, según ESTRUCH y CARDUS (1982), que se dé una identificación afectiva del individuo con los agentes de la socialización, que son fundamentalmente aquellos que constituyen su entorno inmediato, lo que HEAD (1972) llama "significant others". Lo que explica que también existan lugares, sobre todo en pequeñas poblaciones, en que los suicidios son casi todos realizados en un mismo lugar o mediante la misma técnica (un puente, un árbol, etc...).

La existencia de "familias suicidas" parece ser un hecho constatado (BERGSTRAND y OTTO, 1962) y es un "factor suicidógeno" según ALONSON FERNENDEZ (1978) la presencia de antecedentes suicidas en el árbol genealógico. MURPHY y WETZEL (1982) estudiando tentativas de suicidio encuentran antecedentes suicidas en la familia en un 24% de los casos, GARCIA-MACIA y Cols. (1984) en un 10,3%. ROY (1983) al estudiar 243 pacientes con historia familiar de suicidio encuentra que un 48,6% han intentado el suicidio, similar al 48%

de MURPHY y Cols. (1982). DANTO Y KUTSCHER (1977) han puesto de relieve el problema que se plantea en los amigos y familiares del suicida fallecido, ya que según ellos, un 25% sufren depresión, y dado este "aprendizaje" o "imitación", muchos reaccionan mediante conductas suicidas o autoagresivas, por lo que, desde el punto de vista preventivo, resulta necesario prestarles ayuda psicológica.

Se ha destacado también, dentro del contexto de la familia, la importancia de las pérdidas paternas durante la infancia y de los hogares deshechos como factores predisponentes al suicidio. ZILBORG (1936) piensa que la identificación con los muertos se agudiza durante la primera infancia, pudiendo emerger de nuevo, más tarde, por poco que un conflicto reactive la antigua reacción; según él, y desde el punto de vista psicoanalítico, el mayor riesgo estaría en la pérdida de un ser querido (sobre todo, padre o madre) entre los cuatro y seis años y al iniciarse la adolescencia. SHNEIDMAN (1976) destaca también que los hombres que se suicidan presentan, a menudo, deprivación de los padres. PALMER (1941) encuentra que 17 de 23 tentativas estudiadas habían perdido a uno de sus padres o a ambos antes de los 14 años. SIMPSON (1976) estudia las mujeres que intentan suicidarse por automutilación y encuentra en ellas una alta incidencia de deprivación de la madre. BIRCHNELL (1970),

LESTER (1970) y STANLEY y BARTER (1978) también encuentran una mayor incidencia de muerte o ausencia de los padres en las tentativas de suicidio estudiadas.

GREER (1966) y CASSORLA (1984) encuentran además que la primera tentativa es más precoz entre los sujetos con pérdida paterna durante la infancia. JACOBZINER (1960) encuentra muerte del padre en un 8% de los intentos de suicidios realizados por personas de 8 a 19 años. Pero según CROOK y RASKIN (1975) la pérdida por muerte es parecida en los grupos suicidas, deprimidos y controles; lo que destaca como más frecuente entre los suicidas es la separación (antes de los 12 años de edad) de uno o ambos padres por abandono, divorcio o separación. GOLDNEY (1981) encuentra en su muestra de tentativas un 10% de muerte de los padres durante la infancia y un 20% de pérdida de uno de los padres por separación y/o divorcio.

GAULTIER y Cols. (1965) encuentran ausencia del padre en un 40% de las tentativas estudiadas. MORON (1977) considera que las carencias paternas son mucho más importantes que las maternas, que tan solo afectan a las mujeres y en menor cuantía, hecho que había llevado a SUTTER y Cols. (1964) a pensar que, en definitiva, el problema estaba centrado en la ausencia de autoridad paterna. Sin

embargo el estudio de MORGAN y Cols. (1975) no apoya totalmente estas afirmaciones, ya que en las tentativas estudiadas encuentra separaciones (en edad anterior a los 10 años) del padre en un 22% de los casos y de la madre en un 15%. Considerando separaciones anteriores a los 15 años de edad, la diferencia se acorta, con cifras de 29% para el padre y 21% para la madre.

Vemos como en líneas generales, en las tentativas de suicidio, el medio familiar aparece, generalmente bastante perturbado. Bien por la ausencia de un padre o por un conflicto entre los padres (ANTON y Cols., 1984), lo que concuerda con el hecho de que "vivir felices con su familia" sea el objetivo más frecuentemente deseado por la población infantil según datos obtenidos por SAINZ (1984).

La separación o divorcio de los padres parece tener una importancia capital (ROSS y Cols., 1983), ya que en definitiva, lo esencial radica en la ruptura o disociación de la estructura familiar (ALONSO-FERNANDEZ, 1978; CHOQUET y DAVIDSON, 1984), que conduce a una falta de integración del sujeto dentro de la misma (BARTER y SWABACK, 1968; GUZE y BORINS, 1974). Estas familias han venido denominándose "broken homes" u "hogares rotos" y definidos por BRUHN (1962) como los caracterizados por la ausencia

o pérdida de uno o ambos progenitores por la muerte o separación debida a la desarmonía conyugal durante periodos de seis meses o más, antes de que el paciente hubiese alcanzado los quince años; en los sujetos que intentan suicidarse abundarán más este tipo de hogares (BRUHN, 1962; DORPAT y Cols., 1965; STENGEL, 1965; WEROY y PEDDER, 1976).

POLDINGER (1969) acusaba a muchos de estos estudios, de no cumplir las mínimas exigencias científicas. Revisando trabajos sobre tentativas de suicidio, encontramos hogares rotos en proporciones que oscilan entre el 22 y el 92%: TUCKMAN y CONNON (1962), LAWLER y Cols. (1963), DORPAT y Cols. (1965), JACOBZINER (1965), WINN y HALLA (1966), HALDANE y HAIDER (1967), KOHLER y CHAMBARD (1967), DUCHE (1968), SCHURT (1968), SENSEMAN (1968), BRANZE y Cols. (1972), SHAFFER (1974), TOOLAN (1975), ROHN y Cols. (1977), CRUMLEY (1979).

Entre los autores que usan algún tipo de grupo control, algunos no encuentran diferencias significativas, como es el caso de JACOB y Cols. (1967), MATTSON y Cols. (1969), PECK y SCHRUT (1971) y WEISSMAN y Cols. (1973); pero la mayoría sí que encuentran una mayor frecuencia de hogares rotos entre el grupo suicida: WALTON (1958), BRUHN (1962 y 1963), GREER (1964 y 1966), BIRCHNELL (1970)

STANLEY y BARTER (1970), BARTFOS (1971), KOSKI (1971),
CROOK y RASKIN (1975), GOLDNEY (1981).

No solamente el hecho de haberse desarrollado dentro de un hogar deshecho en un sentido estricto puede favorecer la conducta suicida. Según ALONSO-FERNANDEZ (1985) el imperio del autoritarismo familiar y la falta de control por parte de los adultos son factores contrapuestos que coinciden en fomentar entre los adolescentes las mismas inclinaciones a las conductas de evasión y de alto riesgo. Según el autor, el principal fallo de los padres estaría en la incapacidad de adoptar ante los hijos una postura serena y comprensiva, siendo el conflicto padre-hijo el dato nuclear más frecuente de la situación. SHNEIDMAN (1976) también destaca la importancia de los conflictos con el padre y POROT (1965), en las mujeres, la dificultad de identificación con la madre. Según ROSS y Cols. (1983) las ideas suicidas estarían asociadas con madres intolerantes y ofensivas y padres castigadores; y en general con un patrón de educación negativo del padre del mismo sexo, caracterizado porque ambos padres favorecen a los hermanos en vez de al sujeto en cuestión y porque ambos padres no estimulan, engendran culpa, rechazan al individuo y no son afectuosos.

Otro factor a considerar en las sociedades desarrolladas, según HENDIN (1960, 1961), es el hecho de que las madres comiencen precozmente a inculcar a sus hijos sentimientos de culpa y de vergüenza, creando tempranos sentimientos de responsabilidad y de deber moral que pueden derivar posteriormente en autoacusaciones y comportamientos autoagresivos. PECK y LITMAN (1974) y más recientemente LADAME (1981) hablan de una exagerada identificación entre padres e hijos relacionada con una también excesiva preocupación por el triunfo propio y el de sus hijos. Aunque esta preocupación, en sí, no sería anormal, en tales padres tendería a compensar sus sentimientos de fracaso, de incapacidad y de inseguridad. Quieren ver cumplidos en sus hijos los triunfos que soñaron para sí mismos y tienden por eso a bloquear otras clases de comunicación, especialmente las que giran en torno a los fallos de sus hijos. Las expresiones de éstos últimos relacionadas con sus sentimientos de infelicidad, frustración y fracaso son totalmente inaceptables para sus padres. Estos sentimientos de incomprensión e incomunicación familiar son muy frecuentes entre los que intentan suicidarse (PECK y LITMAN, 1974; SIMPSON, 1976; CHOQUET y DAVIDSON, 1984). La situación se agrava en los adolescentes si consideramos que muchos tienen dificultad para encontrar ayuda psicológica fuera del círculo familiar (BOLLEA y MAYER, 1968).

ROSENTHAL y ROSENTHAL (1984) estudian 16 niños suicidas en edad preescolar, encontrando que 13 de éstos, es decir un 80%, no eran deseados por sus padres, los cuales les habían abandonado o maltratado físicamente. La falta de una relación segura con una figura parental en la infancia puede además dificultar el posterior establecimiento de relaciones afectuosas con otras personas (STENGEL, 1965) favoreciendo el aislamiento social, otro de los graves factores favorecedores de la conducta suicida. Según BANCROFT, y Cols. (1976) estos dos factores, falta de cariño y sentimiento de soledad constituyen los dos pilares fundamentales de la conducta suicida.

Estos factores de falta de cariño y de atención, junto con sentimientos de soledad adquieren también una especial importancia entre las personas de edad avanzada, constituyendo lo que NICK y Cols. (1966) han denominado "suicidio por abandono". El inevitable aislamiento social y psicológico de los ancianos está acentuado por la tendencia del grupo familiar de nuestra sociedad a desmembrarse en sus más pequeñas unidades. La prosperidad, según STENGEL (1965) ha favorecido esta tendencia, de forma que para dos o tres generaciones de una familia, vivir juntos bajo el mismo techo es sentido como una opresión intolerable. Vivir en grupo familiar numeroso, práctica que todavía es un rasgo de vida social en las partes menos prósperas del mundo,

tiene algunas desventajas, pero el hecho de estar libre de los lazos restrictivos de la familia, así como de sus tendencias perturbadoras, se ha tenido a menudo que pagar con el aislamiento social, que es el denominador común de una serie de factores correlacionados con una alta tasa de suicidio. La ubicación en asilos o internados benéficos, expresión frecuente de rechazo o abandono familiar, suele formar parte de la historia de numerosos suicidas (MORON, 1977).

Los problemas amorosos y conyugales también parecen favorecer la conducta suicida entre los interesados. Especialmente entre las adolescentes del sexo femenino, el amor contrariado parece ocupar un puesto muy destacado (OTTO, 1965; KESSEL, 1965; WETBRECHT, 1965; ROJAS, 1984). TUCKMAN Y Cols. (1966) han subrayado la importancia de la falta de apoyo y de la incompatibilidad conyugal, que en algunos estudios como el de ROSENMAN (1983) ha llegado a constituir el dato biográfico principal del suicida. Esta mayor tendencia al suicidio constatada en numerosas ocasiones entre los separados, divorciados y viudos, ya ha sido revisada anteriormente en el apartado sobre el estado civil.

B-6.5-FACTORES SOCIO-AMBIENTALES y SOCIO-ECONOMICOS:

SAINSBURY (1955) al estudiar casi 400 suicidios consumados, describe que los factores sociales (entendidos en un criterio muy amplio), actuaron como factores principales en un 35% de los casos, y en un 60% como factores contribuyentes. Parece comprobado que ciertas circunstancias o cambios sociales pueden actuar favoreciendo o desencadenando conductas suicidas, dentro del "polide-terminismo convergente" (DESHAIES, 1947) de factores dentro de la etiología suicida.

El acto suicida, es un acto individual por excelencia (CIORAN, 1974), pero que en muchos casos supone un intento de comunicación (SOURIS, 1975). Los actos de suicidio pueden ser incluso un lenguaje (LABORIT, 1984) que toma la angustia de la muerte como un último recurso para obtener la atención de los demás. Numerosos autores han puesto de relieve como la muerte es negada por la sociedad actual (MAX SCHELLER, 1934; MERLOO, 1966; SUNDOW, 1971; HEIDEGGER, 1974; KASTENBAUM, 1974; VEIL, 1974; FOUCAULT, 1976, etc...), lo que favorece, según MENAHEM (1974) el recrudecimiento de las conductas suicidas.

Los cambios experimentados por la sociedad actual respecto de ciertas costumbres, creencias, etc... han sido considerados por HALBAWCHS (1930) como favorecedores del suicidio porque crea

rían un "vacío social" en torno del individuo, con la subsiguiente pérdida de su integración social (DURKHEIM, 1897). Efectivamente, las relaciones establecidas entre el individuo y el ambiente social son muy importantes para que este encuentre un sentido a su vida (VON ANDICS, 1947), y si la vida no tiene un sentido, el suicidio puede hacer su aparición con gran facilidad (ADLER, 1975).

El hombre se suicida, como diría ORTEGA Y GASSET, cuando no encuentra faceta alguna en el orbe donde su actitud pueda insertarse, tanto más, si descubre que su vida ha sido un fracaso (LAIN ENTRALGO, 1985). Muchos suicidios están relacionados con una crisis de identidad social, que secundariamente da lugar a una crisis de identidad personal (GOFFMAN, 1970).

La soledad, es uno de los factores que más favorecen el suicidio (POLDINGER, 1969; GAZZANO, 1973; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; ROY, 1982; ROJAS, 1984; etc...), tanto si se trata de una pérdida, como de una carencia primaria de contactos interhumanos (KIELHOLZ, 1967); siendo a menudo el resultado de muchos factores sociales considerados como predisponentes al suicidio. Es conocido como los sentimientos de soledad e incomunicación son cada vez más frecuentes en una sociedad caracterizada, paradójicamente, por un gran desarrollo de los medios de comunicación y por la condensación de grandes masas de población en núcleos urbanos. Estos sentimientos se ven también favorecidos por los

cambios operados en la dinámica familiar, que ya hemos expuesto con anterioridad. Por otro lado, no hay que olvidar que la soledad puede dificultar el evitar que una tentativa de suicidio produzca la muerte, al no haber testigos del acto suicida que puedan intervenir a tiempo.

Se ha pensado tradicionalmente que existía una relación directamente proporcional entre tasas de suicidio y densidad de población (STENGEL, 1965); sin embargo, LEVY y HERZOG (1974, 1978) no han constatado que esta influya en los niveles de suicidio; es más, recientemente SEIDEN (1984) ha obtenido una relación inversa, con lo que hay que poner en tela de juicio la influencia de la densidad de la población sobre el suicidio. Más probable parece la tesis confirmada por WECHSLER (1961) según la cual el suicidio está relacionado, más que con la densidad demográfica, con la velocidad de crecimiento de la población de las distintas ciudades. La menor incidencia del suicidio en las áreas rurales (STENGEL, 1965; CALZADILLA, 1983; etc...) no se ve confirmada por algunas estadísticas (OMS, 1976), si bien la fiabilidad de las estadísticas oficiales es muy escasa, tal como anteriormente hemos comentado, y es muy difícil la comparación entre distintos estudios.

Se ha descrito como el número de suicidios se eleva durante los periodos de crisis económica: DURKHEIM, 1897; SAINSBURY, 1955; STENGEL, 1965; SPOERRI, 1975; MORON, 1977; BRENNER, 1979, etc...

Este último autor demuestra que se produce también un incremento de la mortalidad de etiología no suicida, explicando el fenómeno por la caída de las estructuras familiares y sociales, adoptándose hábitos peligrosos para la salud. El aumento del desempleo provocado por las crisis también ocupa un papel importante, ya que la falta de trabajo, dentro o fuera del marco de una crisis económica, constituye un factor favorecer del suicidio (SAINSBURY, 1955; DRUHN, 1962; WEISSMAN, 1974); algunos estudios como el de ROY (1982) observan que esta influencia solamente se ejerce sobre los hombres, pero otros como el de DORPAT y Cols. (1965) observan que el desempleo del padre favorece la conducta suicida en los hijos. Junto al desempleo hay que considerar los problemas económicos (SCHNEIDER, 1982) y las pérdidas materiales (POLDINGER, 1969).

Se había pensado que el suicidio entre los ancianos se veía favorecido por la ausencia de pensiones de jubilación, o por lo reducido de la cuantía de éstas. Sin embargo cuando SAINSBURY (1961) compara las tasas de suicidio en veinte países, encuentra que no puede establecer una relación con la existencia o cuantía de las pensiones; es más, en diez países la introducción de sistemas de jubilación no determinó una disminución de la tasa de suicidios en las personas de edad.

La pobreza no parece guardar una relación clara con el suicidio; la relación debe establecerse según KINGSLEY (1979) en la importancia que se da a los valores materiales, ya que

expone como en Calcuta, no hay casi suicidios, siendo la población muy pobre, mientras que en ciudad de México la tasa de suicidios es alta, siendo pobres también; ejemplo que hace extensivo a todos los países en los que por motivos culturales se da gran importancia a los valores materiales. La mayor incidencia entre las clases económicamente más favorecidas (WEISS, 1959; MORON, 1977) no parece ser un hecho suficientemente demostrado (FREEDMAN y Cols., 1982).

La insatisfacción laboral (FREEDMAN y Cols., 1982) y en general, los problemas profesionales favorecen las conductas suicidas, especialmente entre los hombres (POLDINGER, 1969), siendo frecuente encontrar entre los suicidas una historia profesional inestable (ALONSO-FERNANDEZ, 1978; SHNEIDMAN, 1982). Algunas profesiones parecen estar más expuestas al suicidio, particularmente los abogados (OMS, 1969), los médicos (THOMAS, 1969) y los odontólogos (STENGEL, 1965), siendo los psiquiatras los médicos especialistas que más se suicidan (BLACHLY y Cols., 1968); pero estas afirmaciones no se han visto confirmadas más recientemente (KELLY, 1973; FREEDMAN y Cols., 1982). MORON (1977) ha descrito un mayor índice de suicidios entre los militares y las prostitutas.

Se ha descrito como los suicidios bajan de frecuencia durante las guerras (SPOERRI, 1975), no solamente en los países beligerantes, ya que durante las guerras mundiales se

observó asimismo una disminución del índice de suicidios en algunos países neutrales (MORON, 1977). En los campos de concentración también son muy poco frecuentes los suicidios consumados (KORNHUBER, 1961; GAZZANO, 1973; ALONSO-FERNANDEZ, 1978) por igual que en las leproserías (GAZZANO, 1973) y en las cárceles (KORNHUBER, 1961). Sin embargo, en este último aspecto, se ha descrito el ingreso en prisión como un factor favorecedor de la conducta suicida (POLDINGER, 1969), que en muchas ocasiones tiene un móvil chantajista (PRADOS, 1985).

También la realización de actos delictivos (POLDINGER, 1969), especialmente entre los adolescentes con dificultades en los estudios parecen relacionarse con una mayor propensión a la conducta suicida (SHNEIDMAN, 1982). KERFOOT (1984) ha encontrado entre los jóvenes que realizan un intento de suicidio, que un 25% habían pasado por los tribunales como protagonistas de actos delictivos, un 33% tenían serias dificultades en sus actividades escolares, y un 50% se habían fugado de su casa en alguna ocasión.

La imitación y sugestión han sido incluidas dentro de los factores sociales que pueden contribuir al desarrollo del suicidio. DURKHEIM (1897) refiere varios ejemplos históricos, para concluir que "siendo cierto que el suicidio es contagioso de individuo a individuo, no influye en la cifra social de los mismos". Hay que pensar con STENGEL (1965) que resulta impro-

bable que el solo impulso de la imitación, por un mecanismo de identificación, determine a alguien a quitarse la vida, a no ser que esté predispuesto a tal acción; consistiendo las "modas suicidas" en una preferencia por ciertas técnicas o por determinados lugares. Por lo que hay que considerar la imitación, más bien, como un factor desencadenante; por lo que no deja de tener una gran importancia, ya que según FREEDMAN y Cols. (1982) muchas personas están en estado suicida solamente durante cierto tiempo, con lo que evitando factores desencadenantes puede evitarse su suicidio.

La petición de no incluir en los medios de comunicación noticias acerca de formas de suicidio "llamativas", parece ser entonces, algo justificado (POLDINGER, 1968). Siendo de particular importancia la forma en que se habla de tales sucesos, ya que tal como advirtió DURKHEIM (1897), allí donde estas prácticas son aborrecidas, los sentimientos que originan de traducen a través de los relatos que de ellos se hacen, y por consiguiente, neutralizan más que excitan las predisposiciones individuales. Pero, a la inversa, cuando la sociedad está desamparada, el estado de incertidumbre en que se encuentra le inspira una especie de indulgencia para estos actos que se exterioriza cada vez que se habla de ellos, con lo que el ejemplo resulta verdaderamente nocivo, no en cuanto ejemplo, sino porque la tolerancia o la indiferencia social disminuyen la repulsión que debiera inspirar.

La acumulación de suicidios tras la divulgación informativa de actos de este tipo, incluso a través del cine es un hecho demostrado según POLDINGER (1968). Incluso según PHILLIPS (1977) los accidentes de automóvil, una importante forma de suicidio encubierto (SOUBRIER, 1982), aumentan después de la publicación de un hecho de suicidio. En este sentido, VEDRINNE (1965) también ha destacado la influencia nociva que ciertos artículos sobre suicidio han ejercido sobre los enfermos mentales, dada su mayor sensibilidad frente a las informaciones de los medios de comunicación.

La reciente publicación de GUILLON y LE BONNIEC (1982): "Suicide. Mode d'emploi", en la que se relatan los medios más eficaces y menos dolorosos para consumir el suicidio, a la vez que se habla de "las repugnantes pretensiones de curación de depresivos proclamadas aquí y allá por la clase médica", ha sido un escándalo en este sentido. Por o a pesar de la intensa reacción de médicos y farmacéuticos, el libro alcanzó una rápida divulgación en Francia. Como resultado, MORON y Cols. (1982) atienden a los pocos meses de la aparición del libro, tres tentativas de suicidio directamente inspiradas por él.

También se ha descrito la influencia de la imitación y sugestión dentro de los suicidios dobles o colectivos, por otro lado muy poco frecuentes (DELMAS, 1932), aunque más bien parece que en muchas ocasiones no existe un verdadero acuerdo

entre los participantes, y cuando más, los otros aceptan pasiva
mente la decisión de un sujeto que destaca como el principal e
incluso único iniciador (COHEN, 1961; STENGEL, 1965; HEUYER;
1973).

B-6.6- OTROS FACTORES

B-6.6.1- Factores cósmicos.

"Las estaciones ejercen un conocido imperio sobre el sistema de la economía animal, parece que el círculo prodigioso de nuestras enfermedades gira con los signos diversos de que se corona el año", escribía ALIBERT (1803) recordando como "el mismo Hipócrates ha eternizado esta verdad, intimamente convencido de que el estudio del mundo debe ser preliminar al estudio del hombre". Ciertamente, parece ser que Hipócrates consideraba a la manía y a la melancolía como desórdenes de la primavera (ZILBORG, 1941).

Tradicionalmente se pensaba que la incidencia del suicidio era mayor durante las estaciones más sombrías, es decir, durante el otoño y el invierno. Esquirol comenzó a dudar de esta teoría, que DURKHEIM (1897), tras un análisis en profundidad desecha por completo. Según él, son más frecuentes los suicidios durante los meses más calurosos (de Marzo a Agosto inclusivos) con una incidencia más elevada en Junio, Julio y Agosto; y asegura: "No existe un solo país que constituya una excepción de esta ley". Durkheim interpreta estos resultados relacionando el mayor número de horas de luz de estos meses con un mayor número de horas de actividad social y laboral y por tanto una mayor influencia de los factores sociales nocivos. Lo que pensó haber confirmado al comprobar que se efectuaban más suicidios durante los días laborables que durante los fines de semana.

La opinión más generalizada es la de un mayor incremento de los suicidios durante la primavera (ALONSO-FERNANDEZ, 1979), y la época de Navidad en nuestras antípodas (STENGEL, 1965), que algunos achacan a una mayor incidencia de la depresión durante la primavera (ROJAS, 1984), que no han podido confirmar HARE y Cols. (1978), quienes sin embargo encuentran una mayor incidencia de manía y esquizofrenia durante el verano, corroborando los estudios sobre la manía de SYMONDS (1976), WALTER (1977) y MYERS (1978).

La variación estacional de la frecuencia del suicidio, no parece muy evidente: ZUNG y Cols. (1974) no encuentran diferencias en esta incidencia, FARBEROW Y SHNEIDMAN (1969) tampoco; SCHONY y Cols. (1984) encuentran una menor frecuencia de suicidios en Febrero y Agosto, que alcanza su cifra máxima en primavera, pero sin que las diferencias sean significativas. Similares son los datos obtenidos por GIACALONE y Cols. (1980). JACOBIZNER y RABIN (1961) encuentran una mayor incidencia en primavera, por igual que LESTER (1971) y EASTWOOD y PEACOCKE (1976) pero estos dos últimos describen otro pico también durante los meses de otoño, datos corroborados en el estudio de MARTI (1983), y en el de MEARES y Cols. (1981), si bien estos últimos hallan este ciclo doble en las mujeres, pero no en los hombres. GORCEIX y ZIMBACCA (1968), sin embargo, describieron un doble ciclo para los hombres (Julio y Noviembre) y uno sencillo para las mujeres (Julio).

Se ha pensado que la melatonina podía estar implicada en la mayor frecuencia de suicidios durante ciertas épocas del año, debido a las relaciones que mantiene con los estímulos lumínicos. CARDINALI (1981) observó como la producción de melatonina tiene una periodicidad circadiana dirigida por señales neuronales originadas en la retina. Detectándose variaciones estacionales de sus niveles en suero (ARENT y Cols., 1984) y en orina (WETTERBERG, 1983), que podían relacionarse con oscilaciones de la luminosidad (LEWY y Cols., 1981, 1982, 1983) que produjesen una desregulación de la secreción de melatonina.

Esta alteración de los niveles de melatonina se ha relacionado principalmente con la depresión (WETTERBERG y Cols., 1979; MENDLEWICZ y Cols., 1979; WIRT-JUSTICE y ARENDT, 1980; PARKER y WALTER, 1982; ROSENTHAL y Cols., 1983; NAIR y Cols., 1984; FRAZER y Cols., 1984; etc...) aunque algunos la relacionan también con la fatiga (AKERSTEDT y Cols., 1982; ARENDT y Cols. 1984) o con el stress psíquico (SINGH y Cols., 1980); pero PARKER y WALTER (1982) no han encontrado diferencias significativas en las tentativas de suicidio ni en los suicidos consumados.

Por tanto, todo parece indicar que aunque un gran número de autores describen ciertas variaciones estacionales en la frecuencia de aparición de conductas suicidas, estas no siempre concuerdan, o son poco significativas desde el punto de vista estadístico. En general, estas variaciones estacionales pare-

cen mas relacionados con la base psicopatológica del fenómeno suicida, que con el suicidio en sí. No obstante, puede admitirse que durante la primavera se produce un número de suicidios que superan al de otras épocas del año, pero sin que esta diferencia sea tan ostensible como para que se pueda destacar una influencia marcada de algún factor favorecedor o desencadenante de la conducta suicida; otra cuestión es la que atañe a la base psicopatológica del fenómeno suicida.

B-6.6.2- Factores Religiosos.

Ya a finales del siglo XIX, TARDE (1886) explicaba el menor índice de suicidios de los países del Sur, por una mayor práctica religiosa. DURKHEIM (1897) afirma que el suicidio tiene una mayor incidencia entre los protestantes, que entre los católicos, ya que estos últimos poseen un menor individualismo religioso a consecuencia de la integración más fuerte de la Iglesia Católica; en este sentido, se explica que los protestantes ingleses estén más inmunes que el resto por la mayor integración que representa la Iglesia Anglicana. Los judíos serían los menos afectados de los tres grupos, gracias a que el hecho de vivir en un ambiente social, generalmente hostil hacia ellos, les lleva a estar estrechamente unidos entre ellos.

El Islam es una religión que también previene contra el suicidio, ya que según PELICIER (1985) deja poco lugar a la ansiedad metafísica o simplemente intelectual. El individuo se salva respetando un cierto número de prescripciones. El formalismo dispensa de la inquietud y, por otra parte, hay poco lugar para los conflictos entre las prohibiciones religiosas y la esfera instintiva. La vergüenza existe más que la culpabilidad; llama más frecuentemente a la venganza que al suicidio.

Aunque algunos estudios no encuentran diferencias significativas en relación al tipo de religión a la que se pertenece (LUKIANOWICZ, 1972) o al grado de compromiso religioso: O'NEAL (1981), MONTEJO (1983); estos estudios están llevados a cabo en tentativas de suicidio, y todo parece indicar que la confesión religiosa protege al individuo del suicidio consumado (ARGYLE, 1958).

DESHAIES (1947) al estudiar el incremento universal del suicidio con independencia de la confesión observó que el coeficiente de aumento era mayor entre los judíos (11), seguidos de los católicos (3) y los protestantes (1,8). En un estudio más reciente (GARFINKEL y Cols., 1982) se vuelve a comprobar que la incidencia continúa siendo mayor en protestantes que en judíos y católicos.

Hay que pensar, entonces, con ROJAS (1984) que la religión ejerce sobre el suicidio una acción profiláctica, no siendo esto debido, como han pensado algunos, a un temor al castigo del más allá por este acto cometido ni a que la idea de Dios sea tan fuerte que una voluntad debilitada se fortalezca sin más, etc... La influencia bienhechora de la religión no se debe, pues, a la naturaleza especial de sus concepciones. Si protege al hombre contra el deseo de destruirse es porque es una sociedad, y le protege más cuanto más esté integrado en dicha sociedad. A esto debe añadirse

el papel preventivo de la religión católica al prohibir expresamente el divorcio, dato fundamental este último, según STACK (1980) en la interpretación del menor índice de suicidios en Católicos observada recientemente por él.

B-7. FACTORES DESENCADENANTES:

Una serie de conflictos pueden aumentar la tensión emocional, la angustia y los sentimientos de incapacidad,, llegándose a un punto que el sujeto no puede soportar, con lo que dichos conflictos pueden desencadenar una conducta suicida (KIELHOLZ, 1959). Como dice CAMUS (1970) "el tono indiferente de un amigo puede bastar para precipitar todos los rencores y todos los cansancios todavía en suspenso". Si bien, estos factores desencadenantes pueden ser, según MORON (1977), racionalizaciones de que se sirve el sujeto para dar una explicación satisfactoria de su acto; y esas racionalizaciones ocultan, mediante elementos más o menos importantes, la larga evolución que determina el paso a un acto sentido siempre como anormal y tendente pues, a ser justificado de manera más o menos coherente.

La influencia de estos factores, desde el punto de vista estadístico, parece haberse demostrado, y OKASHA y Cols. (1981) han observado que el número de "life-events", siendo mayor entre los suicidas que en los controles, era similar para los grupos de tentativas de suicidio y suicidios consumados. PAYKEL y Cols. (1975) comparan una muestra de intentos de suicidio con otra de depresiones no suicidas y otra de controles, encontrando respectivamente 3,3; 2,1 y 0,8 acontecimientos vitales no deseables, con lo que parece comprobarse su influjo suicidógeno. En este estudio, los controles no presentaron un pico

máximo de acontecimientos, mientras que los depresivos sí lo presentaron el mes antes de ponerse enfermos y los suicidas el mes anterior al intento autolítico (observándose un aumento ca racterístico durante los seis meses anteriores).

Estos "life-events" o acontecimientos vitales no deseables podrían influir como factores favorecedores de la conducta suicida, tomando un papel de factores desencadenantes, especialmente, cuando tienen una especial importancia o gravedad y sobre todo cuando se suman varios de ellos en un periodo más o menos breve de tiempo.

Los problemas con la pareja ocupan un papel muy destacado como desencadenantes de la conducta suicida (BRUHN, 1962; OTTO 1965; KESSEL, 1965; WEITBRECHT, 1965; KIELHOLZ, 1967; POLDINGER, 1969; MORON, 1977; PACHECO y Cols., 1981; SHNEIDER, 1982; SHNEIDMAN, 1982; ROSENMAN, 1983; MILLA, 1984; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; ROJAS, 1984, etc...) especialmente entre las mujeres (POLDINGER, 1969).

Los factores desencadenantes de especial relevancia se refieren a problemas dentro del ámbito familiar (POLDINGER, 1969; PACHECO y Cols., 1981; SCHNEIDER, 1982; ROJAS, 1984; MILLA, 1984; GARCIA-MACIA y Cols., 1984, etc...), generalmente discusiones y conflictos entre padres e hijos, aunque en otras ocasiones se trata de jóvenes poco queridos (ROSENTHAL y ROSENTHAL, 1984) o menos favorecidos que sus hermanos (ROSS y

Cols., 1983) en los que el desencadenante es un hecho "cotidiano" en este sentido. BRUHN (1962) ha destacado como factor desencadenante a la inestabilidad familiar producida por la pérdida de un miembro de la familia.

Las enfermedades somáticas también pueden actuar como un factor desencadenante (SAINSBURY, 1955; COHEN, 1961; LITMAN y FARBEROW, 1961; STENGEL, 1965; KIELHOLZ, 1967; POLDINGER, 1969; GAZZANO, 1973; PAYKEL y Cols., 1975; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; OKASHA y Cols., 1981; PACHECO y Cols., 1981; SHNEIDMAN, 1982; GARCIA-MACIA y Cols., 1984, etc...) así como los traumatismos (MORON, 1977), la cirugía (ROJAS, 1982), el dolor (MORON, 1977; PACHECO y Cols., 1981), el internamiento en hospitales y asilos (POLDINGER, 1969), insomnio persistente (STENGEL, 1965; KIELHOLZ, 1967), dieta adelgazante inadecuada (MORON, 1977), embarazo (SAINSBURY, 1955; MORON, 1977), etc... Ya hemos referido con anterioridad como la prescripción de ciertos medicamentos puede contribuir al desencadenamiento de una conducta suicida, a veces, de forma yatrogénica.

La pérdida del empleo es otro factor que puede actuar como desencadenante (SAINSBURY, 1955; BRUHN, 1962; STENGEL, 1965; KIELHOLZ, 1967; WEISSMAN, 1974; ROY, 1982), así como los problemas laborales en general (GARCIA-MACIA y Cols., 1984), las deudas y pérdidas materiales (STENGEL, 1965; POLDINGER, 1969; PACHECO y Cols., 1981; SHNEIDER, 1982), especialmente entre el sexo masculino (POLDINGER, 1969; ROY, 1982; ROJAS, 1984).

Otros factores desencadenantes descritos serían las dificultades en los estudios (SAINSBURY, 1955; SHNEIDMAN, 1982; KERFOOT, 1984; GARCIA-MACIA y Cols., 1984), la muerte (MORON, 1977), enfermedad de algún ser querido (PAYKEL y Cols., 1975), el cambio de residencia (BRUHN, 1962) y, en general, lo que MORON (1977) denomina la "patología de la casa": mudanza, amenaza de desalojo, etc...; la convivencia con una persona nueva dentro del propio domicilio (PAYKEL y Cols., 1975), el ingreso en prisión (POLDINGER, 1969), etc...

Se ha considerado que tras la hospitalización psiquiátrica, con el paso a tratamiento ambulatorio, se crearía una situación en la que se incrementaría el riesgo de suicidio (FINZEN, 1983). En este sentido, el alta hospitalaria puede ser considerada como un factor desencadenante de la conducta suicida, lo que no implica que dicha alta deba dejar de producirse.

TEMOCHE y Cols. (1964) han calculado que el riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos, al dejar una institución mental es 34 veces mayor que el de la población general. Según POKORNY y KAPLAN (1976), el 51,7% de los esquizofrénicos que se suicidaron lo hicieron dentro del mes siguiente de haber cambiado a tratamiento ambulatorio. FINZEN (1983) ha calculado que el tiempo de hospitalización no ejerce ninguna influencia en el incremento del riesgo.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que también durante el internamiento se producen suicidios, especialmente durante la primera semana de éste (COPAS y ROBIN, 1982), suponiendo aproximadamente la mitad de los suicidios de los ocurridos en régimen ambulatorio (RABINER y Cols., 1982). Si bien, actualmente, no parece estar clara la relación entre incidencia de suicidio en un hospital y la tasa de suicidio después del alta (FINZEN, 1983).

B-8. PATOGENIA

B-8.1. BASES NEUROQUIMICAS Y NEUROENDOCRINAS:

El estudio de las bases biológicas de la depresión fué el primer punto de partida en la búsqueda de los fundamentos biológicos de la conducta suicida; fundamentos aún mal conocidos, dada la incertidumbre de los resultados hasta ahora obtenidos en los trabajos de investigación dirigidos en este sentido.

BUNNEY encuentra en 1969 unos niveles más altos de 17-OH corticoides en la población suicida. CORRYELL (1981) y TARGUNS (1981) encuentran un patrón no supresor al aplicar a los suicidas el T.S.D., con lo que la no-supresión parecía implicar un mayor riesgo de suicidio; sin embargo, ROBERTSON (1984) y AYUSO (1984) encuentran que los suicidas eran si-supresores. ASBERG (1981) había propuesto que la realización del T.S.D. podía desencadenar el suicidio; afirmación posteriormente desmentida por CORRYELL (1982) y CRAIGH (1984).

JIMERSON (1980) y más recientemente BANKI (1984) han intentado encontrar diferencias entre los valores de cortisol en L.C.R. de poblaciones suicidas y no suicidas, sin conseguir resultados positivos.

LINKOWSKI (1983) encuentra tasas bajas de respuesta de la T.S.H. tras la estimulación con TRH entre aquellos que habían intentado suicidios violentos; pero un año más tarde, BANKI (1984) publica resultados contrapuestos.

AGREEN (1980) encuentra una correlación negativa entre tasas de MHPG y pensamiento suicida en pacientes deprimidos, pero BROWN (1982) encuentra tasas altas de MHPG en L.C.R.

asociadas a antecedentes suicidas.

MEYERSON (1982) encuentra un 47% de mayor densidad de receptores muscarínicos en cerebros de suicidas, observación que desmiente KAUFMANN (1984).

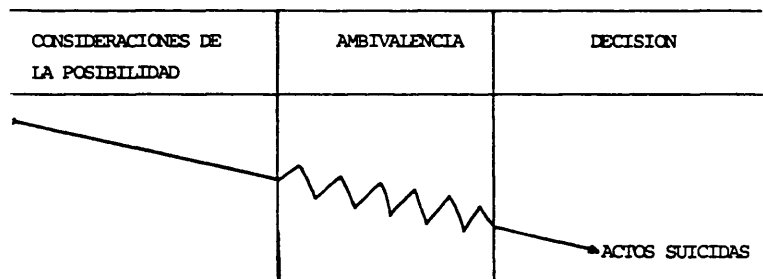
GOTTFRIES (1980) descubre que los suicidas con intentos más violentos tenían una actividad de la M.A.O. menor que aquellos que se habían intentado suicidar por métodos menos violentos; pensando que dicha actividad podía estar relacionada con un marcador genético asociado a una mayor vulnerabilidad para ciertos trastornos de conducta como la melancolía, la agresividad y el suicidio.

ASBERG (1976) estudia los niveles de 5-HIAA en L.C.R. encontrando niveles más bajos en intentos de suicidio violentos (ahorcadura, precipitación, cortes graves...) en relación a intentos de suicidio poco violentos (intoxicación farmacológica...), lo que no admiten algunos autores como VAN PRAAG (1982). Otros como AGREN (1980, 1983) encuentran una relación entre tasas bajas de 5-HIAA y gravedad de las tentativas de suicidio realizadas en el pasado. Muchos autores: BROWN (1979), ORELAND (1981), TRASKMAN (1981), BANKI (1981) y NINAN (1984) encuentran niveles bajos de 5-HIAA en pacientes suicidas, pero no hay que olvidar que SEDWALL (1980) ha descrito también niveles bajos en personas con una historia familiar de trastornos afectivos e incluso en sujetos que presuntamente estaban completamente sanos.

Por tanto, todo parece indicar que el estado actual de las investigaciones no permite hablar con certeza de un claro fundamento biológico del suicidio. El perfeccionamiento de las técnicas aplicadas, tal vez pueda conducir en un futuro próximo a conclusiones más sólidas.

B-8.2. ASPECTOS PSICODINAMICOS Y PSICOGENETICOS:

POLDINGER (1969) ha dividido la evolución hacia el acto suicida en tres estadios: el primero sería el de la consideración de la posibilidad suicida, el segundo, un estado de ambivalencia, y el tercero el de la decisión suicida.



ESTADIOS DE LA EVOLUCION SUICIDA SEGUN POLDINGER (1969)

Durante el primer estadio, el suicidio es considerado como una posibilidad para resolver mediante la destrucción de la propia vida, los problemas reales o aparentes (POLDINGER, 1969); es decir, es vislumbrado como una solución para obtener un fin (BARBERO, 1985), generalmente entre una situación frustrante que puede estar enmarcada dentro de un proceso biográfico difícil (SARRO, 1983).

El acto suicida es un acto de fuga, ante la imposibilidad del sujeto de hacer frente a la situación (MORON, 1977), que no

implica estrictamente un auténtico deseo de autoaniquilación. En realidad siempre se mantiene un cierto deseo de vivir (ALONSO-FERNANDEZ, 1985) que se dirige a la gran región desconocida del más allá (LANDSBERG, 1951), que a veces es intuita como un largo sueño, como en el "Hamlet" (III,1) de SHAKESPEARE o como un estado nirvánico (MAX SCHELER, 1934).

Se trata, pues, de una muerte mágica, más allá de la cual el suicida siente garantizada su supervivencia (ABADI, 1973), con lo que el suicidio es considerado mas como un acto de auto-perpetuación que de autoextinción (STENGEL, 1965). Como diría ORTEGA Y GASSET (1983): "Siempre en la voluntad de morir se busca una resurrección", o UNAMUNO (1984): "A la mayor parte de los que se dan a sí mismos la muerte, es el ansia suprema de vida, de más vida, de prolongar y perpetuar la vida, lo que a la muerte les lleva, una vez persuadidos de la vanidad de su ansia".

Durante este estadio es cuando ejercen más su influencia las noticias referentes a suicidios propagados por los medios de comunicación; así como la existencia de antecedentes suicidas entre la familia e incluso dentro del círculo de las relaciones interpersonales del individuo. La existencia de un aprendizaje ("camino apendido") de los actos suicidas como vía de solucionar una situación conflictiva puede favorecer la puesta en marcha de los mecanismos autodestructivos; asimismo,

las noticias sobre suicidios de otras personas pueden aportar una luz a la forma de solución del problema, especialmente si se trata de personas famosas y admiradas por el sujeto, ya que pueden convertirse en un ejemplo a seguir.

El segundo estadio estaría caracterizado por ambivalencia, indecisión y pugna íntima entre las tendencias constructivas y destructivas (POLDINGER, 1969). FREUD (1920) describió la existencia de instintos del yo o de muerte en contraposición a los instintos sexuales o de vida. La existencia de este instinto de muerte o "thanatos" no se ha aceptado, incluso por parte de muchos psicoanalistas. SCHILDER (1964) duda de la existencia de un impulso de muerte, y cree que más bien se trata de un deseo de renacimiento. ABADI (1973) también piensa que no es concebible un deseo de muerte como fin y disolución en el "no ser", ni como un "retorno al vientre materno" o una regresión a un primitivo estado inorgánico, sino que se trataría de un deseo de liberación, de renacimiento, de vida, en definitiva. ALONSO-FERNANDEZ (1978) también piensa que el suicida no es un ser absorbido y dominado por el instinto de muerte ni por la voluntad de muerte unívoca; para él el instinto de muerte no existiría, sería un ente metafísico, creado por FREUD. La imagen de la muerte se compartiría con un deseo de vivir (ALONSO-FERNANDEZ, 1985).

En cualquier caso, esta aportación de FREUD, por la que el "thanatos" despertaría los componentes agresivos y destructivos,

ha dado lugar a que, desde el punto de vista dinámico, la conducta suicida se intentase explicar a través de la agresividad. MENNINGER (1938), a partir de esta teoría, describe tres dimensiones que se combinarían en todo suicidio:

- A.- EL DESEO DE MORIR ("The wish to die"): que se traduciría en un deseo de descanso, de reposo nirvánico, de pasividad, de "dormir", alejado de las tensiones psíquicas del momento.
- B.- EL DESEO DE MATAR ("The wish to kill"): muy manifiesto en los suicidios pasionales. La agresividad no exteriorizada se volvería contra la propia persona.
- C.- EL DESEO DE SER MATADO: Los sentimientos de culpa reclamarían un castigo que, en justicia, se debe sufrir, y que uno mismo puede autoinflingirse.

FEDERN (1929) consideró un cuarto deseo, el de que los demás desearan la muerte del suicida. CHANOT (1985) interpreta dentro del deseo de ser matado, que el suicidio podría ser el castigo de un homicidio deseado inconscientemente. HARDER (1967) invierte los términos y propone que el homicidio podría ser la expresión de un deseo de suicidio. Para STENGEL (1965), tanto el suicidio como el homicidio son manifestaciones de los impulsos agresivos incontrolados y difieren solamente en su elección de objeto; lo que se comprobaría por la existencia de

una relación inversa entre las tasas de suicidio y homicidio en los diversos países y comunidades.

Estas conexiones llevaron a diversos autores a estudiar los suicidios llevados a cabo tras la realización de un homicidio. WEST (1965) afirma que la conexión entre las tendencias agresivas y autodestructivas se vió claramente en su estudio a través de los muchos incidentes en los cuales las intenciones de los agresores oscilaban inseguramente entre el homicidio y el suicidio. Según este autor, uno de cada tres homicidios realizados en Gran Bretaña fué seguido de suicidio. McKnight y Cols. (1966) encuentran que un 13% de los homicidas se intentaron suicidar tras el asesinato, si bien un 68% estaban diagnosticados de psicosis. GUTHACHER (1960) en un estudio sobre homicidios llevados a cabo por psicóticos encuentra un 20% de suicidios.

Sin embargo, algunas de estas conexiones se han puesto en entredicho en estudios más recientes como el de LANGEVIN y Cols. (1982), que encuentran una relación negativa entre suicidio tras homicidio en psicóticos y un 11% de tentativas de suicidio tras el homicidio; pero esta tendencia a intentar suicidarse, según los citados autores, no fué más frecuente entre los asesinos que entre los delincuentes no violentos; por lo que piensan que la sugerencia de que el homicidio y el

suicidio son lados opuestos del mismo fenómeno es cuestionable ya que parece haber poca conexión entre los dos hechos. Por otra parte, TARDIFF (1981) encuentra que aproximadamente la mitad de los suicidas de su estudio no habían realizado actos agresivos, ni se observaba en ellos agresividad. El porcentaje de suicidios agresivos disminuía a partir de los 45 años de edad y especialmente entre los mayores de 65 años (17/83).

En relación con la agresividad, MORON (1977) ha descrito tres tipos fundamentales:

- A.- Los que se caracterizan por dirigir contra si mismos la agresividad, que se expresa por la fuga.
- B.- Los que se caracterizan por dirigir su agresividad hacia los otros, con lo que las tentativas tienen una función chantagista.
- C.- Los que son a la vez auto y heteroagresivos.

GIACCALONE y Cols. (1980) distinguen asimismo tres determinantes relacionadas con la agresividad, a las que añaden un cierto determinante que sería la función lúdica, en que se juega con la muerte y con la vida:

- A.- FUNCION AGRESIVA Y HETEROAGRESIVA: el suicidio representa el equivalente subjetivo de la muerte de otro.

B.- FUNCION PUNITIVA: El gesto autoagresivo corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria.

C.- FUNCION DEFENSIVA: El gesto autoagresivo representa una reacción de defensa del sujeto, en relación a una situación angustiosa en la cual se encuentra.

ADLER (1937) también admitió una cierta relación entre auto y heteroagresión, ya que según él, en muchos casos, el presunto suicida, trata de herir a otra persona hiriéndose a sí mismo, y manipula a fin de influir sobre los demás y obtener su simpatía. JUNG (1959) encuentra en el suicidio una pugna entre el deseo de vida y el de muerte, pero admitiendo un deseo de resurrección. El "self" tendría a la vez, un lado brillante y un lado oscuro, cuando prevalece este último, se crea una situación en la que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida.

Para HORNEY (1942) el odio hacia sí mismo alcanza una doble significación: por una parte, supone una estratagema para intimidar al "yo real" a que cumpla sus propósitos y evitar así el verse sometido a repetidas pruebas de ineficacia, y, por otra parte, representa un medio de castigo. Además Horney encuentra que, en no pocos suicidios, un factor importante está constituido por "la búsqueda de la gloria". Pero, según RYNEARSON (1981) solo en mitos y en sueños, los héroes encuentran la muerte como el punto culminante de su perfección;

el suicida encuentra la muerte como punto culminante de imperfección, debajo del cual hay una incredulidad desesperada en el futuro. Estos "valores de existencia" (MASLOW, 1971) que solían dar ánimos, se hacen vacíos, lejanos, fuera de su alcance. Tal vez se trata como dice MENNINGER (1938) de una abdicación ante la imposibilidad de realizar ambiciones desmesuradas, muy alejadas de sus posibilidades reales. La agresión podría en este caso, interpretarse, con DOLLARD (1944) como "la respuesta que sigue a la frustración".

ALONSO-FERNANDEZ (1978) ha sistematizado los mecanismos psicológicos del suicidio en tres grandes grupos:

- A.- SUICIDIOS REFLEXIVOS O PREMEDITADOS: motivados por el deseo de cambiar de situación. Es el suicidio más radical de todos. El sujeto quiere cambiar de forma de vivir, le resulta imposible continuar en las mismas circunstancias y se plantea el suicidio "en frío" como una especie de evasión.
- B.- SUICIDIOS IMPULSIVOS O EN CORTOCIRCUITO: puede ser un impulso primario (un impulso puro) o un impulso secundario, es decir, un impulso montado sobre una crisis afectiva o distímica preferentemente de miedo o de desesperación. STENGEL y COOK (1958) lo incluía dentro de cuadro de "reacción catastrófica" de Goldstein.
- C.- SUICIDIOS TEATRALES O CHANTAJISTAS: están dirigidos dramáticamente para impresionar a los demás, muchas veces en forma de una venganza contra alguien que aparecerá como culpable público de la determinación suicida. Aquí, como dice MORON (1977) el suicidio, es más que nun

ca, un acto de vida, ya que su significación para los vivos prevalece sobre el resto.

Durante esta segunda fase de "ambivalencia", son frecuentes los avisos de suicidio, que como dice POLDINGER (1969), han de comprenderse como auténticas llamadas de socorro; pero que, con frecuencia, y a causa de prejuicios, no son atendidas. Según RINGEL (1961) un 78% de los suicidas avisaron antes de consumir el suicidio. Una cifra similar aportan FREEDMAN y Cols. (1982). Según STENGEL (1965) aproximadamente un 70% de los casos las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes del acto de una manera directa o indirecta, a pesar de que la mayoría de los suicidios llegan como un shock y una sorpresa para los parientes y allegados.

En España, GARCIA-MACIA y Cols. (1984) describen que un 16,7% de las tentativas de suicidio por ellos estudiadas realizaron avisos. ROJAS (1984) encuentra avisos presuicidas en el 58% de los suicidios consumados, frustrados y graves; y en un 77% de los leves, en su mayoría en forma de afirmaciones orales. Pensamos que las notas suicidas no deben incluirse dentro de los avisos suicidas, ya que suelen dejarse inmediatamente antes del acto suicida, y, en vez de un caracter de llamada, tienen una función de despedida, de inculpación, justifi

cación o explicación; y a veces una intención testamentaria.

Durante este segundo estadio es donde los factores des^{en}ca^{en} denantes actuarían favoreciendo, en una situación de ambivalen^{en} cia, el triunfo del deseo de muerte sobre el deseo de vida, con lo que pueden dar lugar al "paso al acto" suicida.

El tercer estadio descrito por POLDINGER (1969) es aquel en que el sujeto ha adoptado ya la decisión de atentar contra su vida. Aquí podemos encontrar avisos indirectos de suicidio, en forma de actos preparatorios o de ideas y representaciones concretas acerca del modo de llevar a cabo dicho propósito, etc... que GOMEZ DEPERTUS (1977) ha sistetizado en diez puntos:

- A.- Retraimiento, el individuo se desconecta de su medio, si era buen lector deja de serlo, no se interesa en conversar.
- B.- Pérdida de interés, sin razón aparente, por mantener su relación con amigos y parientes.
- C.- Una inexplicable falta de interés por el trabajo o por rea^{en} lizar actividades cotidianas que le agradan, como su pasa- tiempo o deporte favorito.
- D.- Insomnios desusados, seguidos de periodos de melancolía ge- neralizada.

E.- Pérdida repentina e inexplicable del apetito, del peso, o del interés en las relaciones sexuales.

F.- Interés llamativo respecto de lo que es la muerte y qué se siente en ese trance o declaraciones respecto de su deseo de morir.

G.- Preparativos inesperados para la muerte, preocupación por hacer el testamento, pagar deudas, arreglar documentos personales, póliza de seguros, etc...

H.- Un deseo repentino o inexplicable de desprenderse de las posesiones más preciadas.

I.- Interés en la compra de armas, sogas, drogas, etc...

J.- La presentación de 3 signos cardinales que son: desamparo, desesperanza y desesperación.

Más clásico es el concepto de "síndrome presuicida" propuesto por RINGEL (1953,1965), que estaría constituido por:

A.- Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas.

B.- Inhibición de la agresividad: las agresiones que no se pueden descargar contra los demás se vuelven contra uno mismo.

C.- Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

La detección de estos síntomas no solo es posible por parte de familiares y amigos, sino que los médicos pueden actuar en buena medida, sobre todo médicos de atención primaria, de familia, generalistas, internistas y psiquiatras (DE LAS HERAS, 1985), ya que según ROY (1982) un 60% de los suicidios consumados vieron con anterioridad al psiquiatra. BORG y STAHL (1982) también dicen que casi todos vieron al psiquiatra tres meses antes de acabar con su vida. GOMEZ DEPERTUS (1977) dice que un 70% vieron a su médico cuatro meses antes de suicidarse. HAWTON y Cols. (1979) estudiando tentativas de suicidio encuentran que un 63% vieron a un médico general y un 22% a un psiquiatra en el mes anterior a la tentativa, y un 36% vieron a un médico general, y un 15% a un psiquiatra la semana anterior al intento. También en el trabajo, especialmente el médico de empresa puede captar esta sintomatología (DE LAS HERAS, 1983).

El hecho de que personas que con anterioridad se mostraban agitadamente angustiadas y deprimidas tengan de pronto aspecto tranquilo y manifiesten una actitud aparentemente serena, equivale con frecuencia a una "calma antes de la tormenta", una vez que la pugna íntima ha cesado y ha sido adoptada la decisión (POLDINGER, 1969; GOMEZ DEPERTUS, 1977; ROJAS, 1984...).

B-9. CLINICA

B-9.1. TECNICAS SUICIDAS:

El estudio de la técnica empleada, puede resultar útil, tanto para conocer mejor el fenómeno, como para evaluar su gravedad y elaborar estrategias preventivas. Los diferentes métodos elegidos parecen guardar relación con la intención y la determinación de los suicidas (GOMEZ DEPERTUS, 1977), y aunque a veces se trata de un mero problema de información, algunas técnicas, como la precipitación y el ahorcamiento muestran un intento de encontrar una muerte segura, sin posibilidad de rescate (GARFINKEL y Cols., 1982). El uso de una u otra técnica nos orienta hacia un suicidio impulsivo o premeditado, hacia una firme intención de muerte o hacia lo que STENGEL (1955) llama "no me importa si vivo o muero". Por otro lado la elección de la técnica también se ve influida por factores de imitación, por la facilidad de ejecución (MORON, 1977), y por un afán o no de encubrir la etiología suicida de la muerte.

Desde el punto de vista preventivo, se ha comprobado (OLIVER y HETZEL, 1973) que dificultar el material utilizado para efectuar la autoagresión disminuye al menos de un modo transitorio, la ejecución del suicidio, lo que no es poco; ya que un aplazamiento en si ya constituye un beneficio, pero además, en algunos casos el suicidio ya no llega a efectuarse, bien por remisión de la psicopatología, por el carácter meramente impulsivo y transitorio de acto autoagresivo, por que du

rante dicho aplazamiento se produzca un cambio socio-ambiental, porque el sujeto consiga adaptarse a la nueva situación, etc... Por tanto, creemos que el estudio de la técnica suicida puede ser útil para conocer mejor el fenómeno suicida en general y la psicología individual del suicida, así como para conseguir una mayor eficacia preventiva.

Las técnicas mas usuales suelen ser, entre las más mortíferas: el estrangulamiento por ahorcadura, la precipitación desde las alturas, y uso de armas de fuego; seguidas de atropello por ferrocarril y sumersión. Entre las que suelen tener una gravedad intermedia: intoxicación por gas, por caústicos y otros venenos por vía oral, sección de yugular, quemaduras y electrocución; y entre las que suelen ser menos graves: la intoxicación medicamentosa, la sección de venas de la muñeca y cortes de antebrazo, precipitación sobre automóviles, etc...

Decíamos anteriormente que los hombres y las personas de más edad estaban más representados en los suicidios consumados, mientras que las mujeres y los jóvenes protagonizaban un mayor número de tentativas de suicidio. Cabe pensar entonces que los jóvenes y las mujeres utilizan técnicas menos mortíferas que las personas de edad avanzada y los hombres.

DESHAIES (1947) achacaba la mayor gravedad de los actos suicidas en las personas de edad a un mejor conocimiento de la eficacia de las técnicas suicidas. STENGEL (1965) y POLDINGER

(1969), han destacado como los hombres tienden a utilizar métodos más violentos, que suelen implicar un mayor riesgo para la vida del sujeto. GOMEZ DEPERTUS (1977) cree que también influye el que, en muchas ocasiones, la mujer elige el suicidio como una manera de expresar desesperación cuando todavía hay esperanza de recibir ayuda; mientras que el hombre aguarda hasta que le parece que la única salida posible es la muerte.

Las cifras recogidas por la O.M.S. (1976) en base a las estadísticas oficiales de algunos países señalan en Finlandia (1969) por orden decreciente en varones: ahorcadura, arma de fuego, envenenamiento, ahogamiento y precipitación. Para las mujeres: envenenamiento, ahorcamiento, precipitación y arma de fuego. En Francia (1968-1969) por orden decreciente: ahorcamiento, ahogamiento, envenenamiento y gas; siguiendo el mismo orden en ambos sexos. En Yugoslavia (1969) también sigue el mismo orden en ambos sexos: ahorcamiento, envenenamiento y ahogamiento. Ya hemos comentado la escasa fiabilidad de los datos aportados por los Institutos de Estadística de los diversos países, incluido España. Como caso anecdótico, referir que en un estudio sobre Montenegro (1969) también referido por la O.M.S. (1976) la muerte suicida por ahorcamiento en varones supuso un 25% de todas las técnicas elegidas, mientras que en mujeres fué superior al 60%. Interpretamos este dato, no como una excepción achacable a factores socio-culturales, sino a un reflejo de la falta de rigor estadístico.

Por citar otros estudios sobre suicidios consumados, nos encontramos con que SCHONY y Cols. (1984) en Austria afirman que más del 50% se realizaron mediante ahorcadura. GORCEIX y ZIMBACCA (1968) describen por orden descendente en hombres: ahorcamiento, gas, arma de fuego, precipitación y envenenamiento; y en mujeres: gas, precipitación, envenenamiento, ahorcadura y ahogamiento. KRYNSKI (1985) afirma que las técnicas más utilizadas por los niños son el ahorcamiento y la precipitación desde las alturas. FISHBAIN y Cols. (1984) estudian los suicidios dobles y observan que la mayoría son llevados a cabo mediante armas de fuego, y frecuentemente tras haber ingerido bebidas alcohólicas. SCHNEIDER (1982) describe las técnicas utilizadas por enfermos psiquiátricos que consumaron suicidio en el siguiente orden de frecuencia: ahorcadura, intoxicación medicamentosa, arma de fuego y precipitación. BERGLUND (1984) en suicidios consumados por alcohólicos, descubre en primer lugar el envenenamiento (53%) seguido del ahorcamiento (26%). COMBS-ORME y Cols. (1983), también en alcohólicos, descubren como los hombres usan métodos más violentos que las mujeres.

Respecto a las tentativas de suicidio, es unánime la opinión de que la técnica más utilizada es la intoxicación medicamentosa. De 60 a un 90% de los intentos de suicidio son llevados a cabo por este método según los diversos autores: AUSINA (1975), TURON (1975), KOVACS y Cols. (1975), SAIZ RUIZ (1976), SARRO (1981), GARKINKEL y Cols. (1982), GARCIA-MACIA y Cols.

(1984), BAKER (1984), HASEN y WANG (1984), STERN y Cols. (1984), etc... Este porcentaje llega incluso a ser más alto (92%) entre los menores de 21 años, según MORON (1977), que precisa junto con HAIM (1970) y ALONSO-FERNANDEZ (1985) como es el predilecto y casi exclusivo entre los jóvenes del sexo femenino.

Son bastante frecuentes los intentos llevados a cabo mediante asociaciones de diversos tóxicos, especialmente entre los varones, JACOBSEN y Cols. (1983) calculan que esto sucede en un 60% de los casos, y GARFINKEL y Cols. (1982) en un 30%. El alcohol suele asociarse a la ingesta medicamentosa aproximadamente en un 20% de los casos según JACOBSEN y Cols. (1983) y MILLA (1984). Este último autor describe que otro 20% consumía otras drogas.

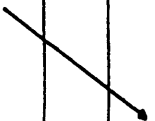
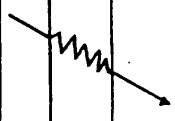

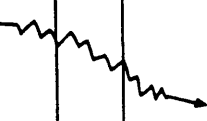
Los fármacos más utilizados en U.S.A. según GARFINKEL (1982) serían los analgésicos (40%) seguidos de benzodiazepinas (26%) y barbitúricos (17%). En España MILLA (1983) encuentra que los barbitúricos fueron los más usados (37%) seguidos de las benzodiazepinas (25%); por igual que BERTRAN y Cols. (1984) que aportan cifras de 41% y 35% respectivamente, a la vez que destacan el incremento del uso de antidepresivos con fines suicidas (24%) por igual que ha observado ABRIL (1985), especialmente entre las mujeres (30%).

Tras la intoxicación medicamentosa, las técnicas más utilizadas serían las heridas producidas por arma blanca, la intoxicación

ción por gas y el envenenamiento por cáusticos y otras sustancias químicas con una representatividad similar, que oscila entre un 5 y un 15% para cada una de ellas, seguidas a más distancia por la ahorcadura, la precipitación, el ahogamiento, el uso de armas de fuego y las quemaduras. GIACALONE y Cols. (1980) han descrito un importante incremento de esta última técnica en Francia, debido en su opinión a su rapidez y eficacia, al poco dolor que causa, a su espectacularidad, a su cacter "purificante" y a la dificultad del posterior reconocimiento del cadaver.

B-9.2. SECUENCIA CONDUCTUAL:

POLDINGER (1969) ha descrito cuatro variantes fundamentales dentro del proceso evolutivo básico que hemos descrito:

I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
											
REACCION EN CORTOCIRCUITO			EVOLUCIONES PSICOGENAS ANOMALAS			DEPRESION ENDOGENA E INVOLUTIVA			ALCOHOLISMO TOXICOMANIA		

VARIANTES DEL CURSO EVOLUTIVO SEGUN POLDINGER (1969)

Tal como decíamos, el suicida deja una nota suicida (escrita alguna vez con anterioridad) en el momento inmediatamente anterior al acto suicida o a veces tras la realización del mismo (envenenamiento), con la intención de que se descubra después de la realización del acto autolítico. Se ha calculado la presencia de notas suicidas en un 15% de los suicidios consumados (CAPSTICK, 1960; STENGEL, 1965), siendo más abundantes entre los mayores de 60 años (CAPSTICK, 1960) y en los suicidios dobles (FISHBAIN y Cols., 1984). Generalmente, estas notas revelan un gran interés por las cosas de este mundo y una intensa preocupación en lo que va a suceder después de su muerte, como si fueran a seguir viviendo para participar de los sucesos (STENGEL, 1965).

En nuestra casuística, la única nota suicida que hemos podido obtener, perteneciente a un suicidio frustrado, se refiere

ría a la donación de todos sus bienes a su única hija por parte de una mujer separada y sin potestad sobre la misma. Aquí se verifica la hipótesis de MARCUSE (1968): "El hombre puede morir sin angustia si sabe que lo que ama está protegido de la miseria y el olvido".

El estudio grafológico de estas notas suicidas (VON BORCK, 1981) ha llevado a considerar que algunas características serían típicas del suicida, como: firma descendente, líneas que se entrecruzan y con dirección descendente, barras de "t" a la izquierda, angularidades hacia la izquierda en los óvalos de las letras, nombre de la firma muy tachado con la rúbrica, angularidades, jambas hacia la izquierda, etc...

Una vez se pasa al "acto suicida", los resultados son variables. Si no se ha producido la muerte de una forma instantánea, el suicida puede arrepentirse y acudir a un centro médico, más a menudo, alguna persona encontrándole herido o bajo los efectos de un tóxico le traslada, generalmente al servicio de urgencias de un hospital. La muerte puede producirse durante este traslado, una vez ingresado en el hospital, y a veces por un proceso sobrevenido por el acto suicida. MILLA (1983) ha calculado en España una mortalidad del 1% en las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general. Un 19% presentaba un estado de coma grado I, un 10% grado II y un 5% grado III, mientras

que en un 66% se trataba de casos leves. HANSEN y WANG (1984) y STERN y Cols. (1984) calculan que un 20% de las tentativas presentaban un estado comatoso. PINSKER (1981) encuentra grave riesgo de muerte en un 26% de las tentativas atendidas.

La gravedad física del intento puede ser útil a la hora de evaluar al enfermo, pero otro criterio de gravedad debe basarse en la intención de muerte del sujeto desde el punto de vista psiquiátrico (SCHMIDT y Cols., 1954) en cuya valoración deben considerarse también algunos aspectos sociales, como el de la posibilidad de intervención del medio (STENGEL, 1965). Estos datos parecen poseer mayor relevancia que la mera gravedad del intento, ya que como dice ALONSO-FERNANDEZ (1985), el índice de autodestructividad registrado en ciertos comportamientos no suele coincidir con el detectado en la realidad biográfica y en el funcionamiento personal, sin que suela haber tampoco una proporcionalidad mínimamente rigurosa entre el deseo de muerte consciente "en frío" y la gravedad del acto suicida.

El estado de conciencia en el momento de la tentativa es, muchas veces, difícil de precisar. Frecuentemente los sujetos afirman no tener más que un recuerdo vago. Puede existir una amnesia lagunar, sobre todo si ha habido estado de coma, pero MORON (1977) cree que más a menudo se trata de una simple reticencia o de un mecanismo de defensa destinados a evitar la angustia ligada al recuerdo del acto. No es raro que se niegue

la intención suicida, especialmente en las intoxicaciones medicamentosas; BANCROFT y Cols. (1979) detectan esta negación en un 33% de las personas de su muestra, si bien, siempre se puede descubrir un deseo de muerte (SARRO, 1985).

Algunos autores han descrito que la tentativa de suicidio, en si misma, por liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo en una explosión emocional puede tener un "efecto catártico" beneficioso, al menos por un cierto tiempo (STENGEL, 1965). PARKER (1981) observó como para el grupo con pocas tentativas anteriores por intoxicación farmacológica, la sobredosis parecía plantearse como una expresión de sentimientos y una válvula de escape de su tensión psíquica y de su situación; como una huida con función de "tregua" o de "respiro". También GIACALONE y Cols. (1980) han descrito en un estudio de tentativas de suicidio por quemaduras, como después de haber tenido la impresión de vivir su muerte y tras una breve fase depresiva, los quemados tuvieron un "regain" de extraordinaria vitalidad, vislumbrando su porvenir, a pesar de sus cicatrices y frecuentes mutilaciones, con una serenidad, a menudo desconcertante. Estos cambios psicológicos producidos por la propia tentativa de suicidio pueden favorecer las variaciones psicopatológicas y las dificultades diagnósticas posttentativa descritas por HAWTON y CATALAN (1982).

En cualquier caso, este presunto efecto catártico beneficioso, aparecería solo en algunos casos y durante un breve periodo de tiempo, ya que se ha venido demostrando el alto riesgo de repetición de la conducta suicida en quienes han realizado una tentativa de suicidio (SARTORIUS, 1985).

LAUNAY y COL (1964) calculan que un 10 a un 20% de los adolescentes repetiría la conducta suicida, para DUCHE (1969) la cifra sería de un 35%. KESSEL y McCULLOCH (1966) observan que en el primer año después de la tentativa un 19% repiten una o más tentativas de suicidio, un 4% dos, un 1,5% tres y un 0,5% cuatro tentativas en el año siguiente. Según ALONSO-FERNANDEZ (1978) el 40% de los suicidas repite en un plazo máximo de cinco años. RYGNESTAD (1982) encuentra que el 50% repiten una o más tentativas en menos de seis meses. SARRO y Cols. (1979) encuentran que un 10% repiten la tentativa a las pocas horas, otro 10% antes de la primera semana, un 21,6% en el transcurso de unos meses y otro 19,9% en el transcurso de unos años. Aunque las cifras son diferentes, todos describen una gran repetición de la conducta suicida, hecho, como dicen GEERTINGER y THECAIDE (1983), claramente demostrado.

El riesgo de llegar a un suicidio consumado, también se eleva en los sujetos que han realizado una tentativa de suicidio. FREEDMAN y Cols. (1982) calculan que este riesgo es mayor durante los tres meses siguientes a la tentativa, GOMEZ DEPERTUS (1977) amplía el periodo a un año y POKORNY (1983) a dos.

Algunos de los estudios prospectivos obtienen los siguientes resultados: a los tres meses POKORNY (1983) encuentra un 1% de suicidios consumados. RYGNESAD (1982) a los seis meses un 2,5%. Un año después de la tentativa KESSEL y McCULLOCH (1966) encuentran un 1,5% de suicidios consumados, y PALLIS y Cols. (1984) un 1%. A los dos años McCULLOCH y Cols. (1967) un 4% y HANSEN y WANG (1984) un 5,8%.

B-10. PREVENCION

B-10-1. PREVENCION PRIMARIA:

CAPLAN (1966) definía la prevención primaria en psiquiatría como el cuerpo profesional, tanto teórico como práctico, que pue de utilizarse para planear y llevar a cabo programas con el fin de reducir la frecuencia de trastornos mentales de una comunidad. SHNEIDMAN (1971) habla de "prevención" cuando se refiere a la frecuencia primaria del suicidio, que consistiría en la actuación anterior a la aparición de la intención autolítica. ALONSO-FERNANDEZ (1978) habla de prevención primaria o "antevención" como la actuación durante la fase presuicida, ROJAS (1984) especifica que dicha "antevención" consiste en la actuación médica anterior a la aparición del "síndrome presuicida" descrito por RINGEL (1953). Por tanto, la prevención primaria, también denominada "antevención" o "pre-intervención" (MORON, 1977) con sistiría en la prevención de toda idea o fantasía de muerte, de suicidio.

Una actividad fundamental dentro de la prevención primaria, consiste en la detección de los grupos de riesgo donde se acumu la mortalidad por suicidio (OMS, 1969; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; MURPHY, 1983, etc...). Tal como ya hemos descrito con anterioridad, los grupos con riesgo más alto de consumación suicida serían las personas de edad avanzada (DURKHEIM, 1897; GORCEIX

y ZIMBACCA, 1968; FARBEROW y SCHNEIDMAN, 1969; POLDINGER, 1969; OMS, 1969; HAIM, 1970; ESTRUCH y CARDUS, 1982; MARTI, 1983; McCLURE, 1984; SCHONY y Cols., 1984; SARTORIUS, 1985; CARBONEL 1985, etc...), los hombres (DURKHEIM, 1897; SCHNEIDER, 1954, 1982; STENGEL, 1965; GORCEIX y ZIMBACCA, 1968; FARBEROW y SCHNEIDMAN, 1969; POLDINGER, 1969, OMS, 1969; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; COPAS y ROBIN, 1982; DAVIDSON y CHOQUET 1982; ESTRUCH y CARDUS, 1982; RABINER y Cols., 1982; MARTI, 1983; GARFINQUEL y COLOMBEK, 1983; SCHONY y Cols., 1984; FERNANDES DA FONSECA, 1985; SARTORIUS, 1985, etc...), los viudos (DURKHEIM, 1897; DUBLIN, 1963; McMAHON y PUGH, 1965; MARTELIUS, 1967; PARKES, 1972; FRANKE y Cols., 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; BOKANOUSKY, 1980; BORG y STAHL, 1982; ESTRUCH y CARDUS, 1982; MARTI, 1983; etc...) y los separados y divorciados (BERTILLON, 1882; SAINSBURY, 1955; DUBLIN, 1963; KESSEL y Cols, 1965; MARTELIUS, 1967; FARBEROW y SHNEIDMAN, 1969; POLDINGER, 1969; STACK, 1980; ROSENMAN, 1983; KENDALL 1983; MARTI, 1983; etc...), especialmente si no tienen hijos (MORON, 1977, WENZ, 1982, etc.).

Los grupos más expuestos en lo que se refiere a tentativas de suicidio serían las mujeres (GAULTIER y Cols., 1965; POLDINGER, 1969; MORON, 1977; AMARD y Cols., 1981; SARRO, 1981; GARFINKEL y Cols., 1982; SCHNEDMAN, 1982; JACOBSEN, 1983; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; BERTRAN y Cols., 1984; BAKER, 1984; KERFOOT, 1984; ABRIL, 1985; ALONSO-FERNANDEZ, 1985; etc...),

los adolescentes y los jóvenes (DORZAUER y Cols., 1963; RUEGSEGGER, 1964; POLDINGER, 1969; HAIM, 1970; WEISSMAN, 1974; BANCROFT y MARSACK, 1977; MILLA, 1983; BERTRAN y Cols., 1984; ROJAS, 1984; GARCIA-MACIA, 1984; ALONSO-FERNANDEZ, 1985, etc...).

Los enfermos mentales constituyen otra población de alto riesgo (PROKUPEK, 1967; OMS, 1969; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; COPAS y ROBIN, 1982; POKORNY, 1983; etc...), especialmente los deprimidos (ROBIN y Cols., 1959; STENGEL, 1965; OSMOND y HOFFER, 1967; POLDINGER, 1969; BIRTHNELL y ALARCON, 1971; BARRACLOUGH y Cols., 1974; WEISSMAN, 1974; PALLIS y SAINSBURY, 1976; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; SAINSBURY, 1978; GOLDBERG, 1981; OKASHA y Cols., 1981; PACHECO y Cols., 1981; COPAS y ROBIN, 1982; SCHNEIDER, 1982; BAKER, 1984; ROJAS, 1984; ROSENTHAL y ROSENTHAL, 1984; ALESSI y Cols. 1984, SARTORIUS, 1985; etc...) y los esquizofrénicos (TSUANG y Cols., 1980; MORRISON, 1982; ROY, 1982; RABINER y Cols., 1982; SCULLY y MUTCEERSON, 1983; etc.,,) especialmente los esquizofrénicos varones (WARNES, 1968; NOREIK, 1975; ROY, 1982; BREIER y ASTRACHAM, 1984; etc...).

También se acumulan los suicidios entre las neurosis, trastornos de personalidad y psicopatías (ZIMBACCA y Cols., 1963; SEYMASKA y ZELAZOWSKA, 1964; FAU y Cols. 1965; COLONNA y LOO, 1972; GIACALONE y Cols., 1980; GOLDNEY, 1981; PINSKER, 1981; MONTGOMERY y MONTGOMERY, 1982; MURPHY y WETZEN, 1982; HOBRUCKER, 1983; BAKER, 1984; HANSEN y WANG, 1984, etc...).

Los alcohólicos también constituyen un grupo con especial riesgo de suicidio (DALHGREN, 1951; LEMERE, 1953; MECIR y Cols., 1956; ROBIN y Cols., 1959; DORPAT y RILEY, 1960; SUNDBY, 1967; RUSHING, 1968; POLDINGER, 1969; OMS, 1969; CIOMPI y EISERT, 1971; LINDELIUS y SALUM, 1972; SCHMIDT y LINT, 1972; GODWIN, 1973; BARRACLOUGH y Cols., 1974; THORARINSSON, 1979; ALONSO-FERNANDEZ, 1979; BERKOW, 1979; GIACALONE y Cols., 1980; FREIXA y Cols., 1981; BECK y Cols., 1982; MURPHY y WETZEL, 1982; COMBS-ORME y Cols., 1983; MILLA, 1983; POKORNY, 1983; BERGLUND, 1984; BAKER, 1984; ABRIL, 1985, SARTORIUS, 1985; etc...). Algo similar ocurre con los otros drogodependientes (BATTEGAY, 1965; KIELHOZ, 1967; POLDINGER, 1969; OMS, 1969; FREDERICK, 1972; SOUBRIER, 1983; MILLA, 1983; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; ROJAS, 1984; etc...).

Otro grupo con mayor riesgo de suicidio estaría constituido por las personas con parientes y allegados que hayan realizado acciones suicidas (BERSTRAND y OTTO, 1962; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; GARFINKEL y Cols. 1982; ESTRUCH y CARDUS, 1982; MURPHY y Cols., 1982; etc...) y, en general, que tengan antecedentes psiquiátricos (GOLDNEY, 1981). Si bien, ROY (1982) no ha encontrado datos significativos entre enfermos psiquiátricos suicidas y no suicidas en lo que se refiere a antecedentes suicidas en la familia. Los familiares y allegados del suicida, constituirían, a su vez, otro grupo con elevado riesgo, sobre todo, durante los primeros meses posteriores a éste (STENGEL,

1965; GAZZANO, 1973; DANTO y KUTSCHER, 1977; RYNEARSON, 1981; SHNEIDMAN, 1982; FREEDMAN y Cols., 1982; etc...).

Las personas que han perdido a uno o a ambos padres durante la infancia, por muerte, abandono, separación, etc... parecen constituir otro grupo con elevado riesgo de suicidio (ZILBORG, 1936; PACHER, 1941; WALTON, 1958; BRUHN, 1963; GAULTIER y Cols., 1965; DORPAT y Cols., 1965; STENGEL, 1965; GREER, 1966; OMS, 1969; BIRTCHNELL, 1970; STANLEY y BARTER, 1970; LESTER, 1970; BARTFOS, 1971; KOSKI, 1971; SHAFFER, 1974; TOOLAN, 1975; SIMPSON, 1976; ROOK y RASKIN, 1975; MORGAN y Cols., 1975; WEROY y PEDDER, 1976; SHNEIDMAN, 1976; MORON, 1977; ROHN y Cols., 1977; STANLEY y BARTER, 1978; CURMLEY, 1979; GOLDNEY, 1981; etc...). Y en general, las familias de sintegradadas, con problemas de comunicación, en las que hay graves conflictos entre sus miembros, deben ser consideradas como un grupo con especial riesgo de suicidio (BARTER y SWABACK, 1968; GUZE y BORINS, 1974; POCK y LITMAN, 1974; SHNEIDMAN, 1976; SIMPSON, 1976; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; ROSENMAN, 1983;; ANTON y Cols., 1984; CHOQUET y DAVIDSON, 1984; ROSENTHAL y ROSENTHAL, 1984; etc...).

Según la OMS (1969) las tasas de suicidio serían más altas entre los grupos socialmente aislados: entre los que se trasladan a un nuevo lugar dentro del mismo país, los que emigran al extranjero y las personas que viven solas. La soledad ha sido considerada como un importante indicador del

riesgo de suicidio (NICK y Cols., 1966; KIELHOLZ, 1967; POLDINGER, 1969; GAZZANO, 1973; BANCROFT y Cols., 1976; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; ROJAS, 1984; etc...).

Las personas ateas o que no realizan prácticas religiosas parecen tener un mayor riesgo de suicidio (TARDE, 1886; ARGYLE, 1958; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; STACK, 1980; ROJAS, 1984; etc...) y dentro de las religiones, más los protestantes (DURKHEIM, 1897; STACK, 1980; GARFINKEL y Cols., 1982) que los judíos, católicos (TARDE, 1886; DURKHEIM, 1897; STACK 1980) y musulmanes (PELLICIER, 1985).

Los núcleos con mayor densidad de población, parecían tener tasas más altas de suicidio (STENGEL, 1965); pero esto no ha sido claramente constatado (LEVY y HERZOG, 1974, 1978; SEIDEN, 1984). También se ha intentado relacionar una mayor incidencia del suicidio en grupos demográficos donde hay hacinamiento y una gran movilidad de población (OMS, 1969) y una elevada velocidad de crecimiento de la misma (WECHSLER, 1961). Una mayor incidencia en áreas urbanas, respecto de las rurales (STENGEL, 1965; OMS, 1969; CALZADILLA, 1983; etc...) no se ha visto confirmada por algunas estadísticas (OMS, 1976; SEIDEN, 1984).

Los desempleados constituyen un grupo con mayor riesgo de suicidio (SAINSBURY, 1955; DRUHN, 1962; DORPAT y Cols. 1965; OMS, 1969; WEISSMAN, 1974, etc...), especialmente si pertenecen al sexo masculino (ROY, 1982).

Los enfermos, no ya mentales, sino todas aquellas personas que padecen una enfermedad corporal de cierta importancia, por su gravedad, cronicidad, dolores, o dificultad terapéutica también constituyen un grupo con especial riesgo de autolisis (SAINSBURY, 1955, 1961; LITMAN y FARBEROW, 1961; COHEN, 1961; STENGEL, 1965; KIELHOLZ, 1967; GAZZANO, 1973; KUBLER-ROSS, 1974; PAYKEL y Cols., 1975; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; OKASHA y Cols., 1981; ROJAS, 1982; SHNEIDMAN, 1982; CARBONEL, 1985, etc...).

En los estudios realizados sobre tentativas de suicidio, los autores encuentran uno o más intentos previos en un porcentaje de casos que oscila entre un 25% (JONES, 1977; ABRIL, 1985) y un 55% (KOVACS y Cols., 1976; BANCROFT y MASACK, 1977; BAKER, 1984). Otros autores refieren cifras intermedias: 30% (MUROHY y WETZEL, 1982), 35% (PACHECHO y Cols., 1981), 40% (SARRO y Cols., 1979; BERTRAN y Cols., 1984) y 50% (HANSEN y WANG, 1984; GARCIA-NACIA y Cols., 1984). SCHNEIDER (1982) en un estudio retrospectivo observa que un 40% había realizado uno a más intentos previos a la consumación suicida.

Parece evidente que una historia previa de intentos de suicidio constituye un fuerte indicador de la repetición de la conducta suicida y de la posibilidad de que esta conduzca a la muerte del sujeto (STENGEL, 1965; KIELHOLZ, 1967; GAZZANO, 1973; MORON, 1977; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; SEYNNAERF y Cols. 1978; POHLMEIER, 1979; ZUNG, 1979; KENNEDY y Cols., 1979;

SUND y TIDSS, 1980; FREEDMAN y Cols., 1982; BASSUK y GILL, 1983; ROJAS, 1984; BAKER, 1984; CHANOIT, 1985; SARTORIUS, 1985, etc...), ya que generalmente, cada nuevo acto suicida suele ser más grave que el precedente (GOMEZ DEPERTUS, 1977). Por tanto, debe ser considerado como un grupo de alto riesgo de suicidio, el compuesto por las personas que ya han intentado suicidarse.

La existencia de un riesgo más elevado aún entre las personas que han realizado un mayor número de intentos previos (MORON, 1977) ha sido puesta recientemente en entredicho por BECK y Cols. (1982), que encuentran, en contra de lo que tradicionalmente se venía pensando, que el haber realizado un mayor número de tentativas previas influye poco en el riesgo de suicidio. BANCROFT y Cols. (1977) han propuesto tres tipos de comportamientos en los intentos de suicidio, siendo el b y c los que más fácilmente accedían a la consumación suicida:

- a.- Repetidores crónicos habituales.
- b.- Repetidores, en varias ocasiones, durante un breve periodo de tiempo.
- c.- Impulsivos ocasionales, que tan solo realizan la tentativa en un momento determinado.

En realidad una persona puede repetir un intento de suicidio porque la modificación ambiental que pretendía no se ha

llevado a cabo tras la primera tentativa, o porque con el tiempo se ha vuelto a una situación similar a la anterior. Dentro de este grupo se incluirán las tentativas con un móvil de llamar la atención o de chantaje (ROJAS, 1984), con un menor riesgo de muerte, pero entre los que también se producen suicidios consumados, a veces por error, por escojerse algún fármaco con propiedades más mortíferas, como la colchicina (SOUBRIER, 1984), que habría sido prescrito a algún otro miembro de la familia (KERFOOT, 1984).

En otras ocasiones, con la repetición de cada nuevo intento se busca una nueva técnica; para probar su efectividad, ya que el sujeto carece de información suficientemente.. En este sentido, un segundo intento con menor gravedad desde el punto de vista somático puede estar acompañado de una mayor intención autolítica. Por tanto, el estudio de la técnica utilizada, tanto en la tentativa actual como en las anteriores, puede colaborar en la evaluación del comportamiento, del riesgo de suicidio, y de la actitud psicológica de una persona determinada. La utilización de la misma técnica y en la misma medida (fármacos a las mismas dosis, por ejemplo) que en ocasiones anteriores, en las que no hubo un importante daño corporal, implica una escasa intención autolítica; por el contrario el uso de la misma técnica con una mayor gravedad (fármacos a mayor dosis, etc...), el paso a técnicas nuevas (aunque sean más leves) y la realización del intento en un me

dio ambiente de soledad, en donde nadie puede intervenir a favor de su vida, nos indica un grave riesgo de muerte.

La prevención de las tentativas de suicidio debe ser incluida dentro de la prevención general del suicidio (OMS, 1969) no solamente porque contribuye a la prevención del desenlace mortal de los actos suicidas, sino porque en sí, aunque hipotéticamente no condujesen nunca a la muerte, constituyen un fenómeno no deseado, producto de una anomalía psicológica o psicopatológica (ALESSI y Cols., 1984), que además conlleva una gran carga económica para el sistema sanitario.

El Ministerio de Sanidad de Francia calculó en 1971 que el precio de coste de un intento de suicidio seguido de una reanimación y de una estancia en un medio hospitalario, oscilaba entre 2.500 y 7.500 francos, teniendo en cuenta una duración media de dos días en cuidados intensivos y una hospitalización media de nueve días. A estas cifras deben añadirse, como dice SARTORIUS (1985) los costos de los cuidados que requiere la invalidez prolongada que en muchos casos permanecerá como triste recordatorio del incidente. El problema se agrava, si consideramos que los intentos de suicidio vienen experimentando un considerable aumento, ya detectado por la O.M.S. en 1969, que se hace especialmente patente en la actualidad, lo que ha llevado a SOUBRIER (1984) a considerarlos como "un auténtico problema epidémico".

La detección y tratamiento precoz de la enfermedad mental, sería otra medida de gran utilidad dentro de la prevención primaria del suicidio, (ROJAS, 1984), así como su adecuado control y seguimiento, que evitará que los más predispuestos a atentar contra la vida, lo realicen en periodos de empeoramiento de su enfermedad. Un soporte psicológico adecuado a los pacientes graves en los hospitales y una detallada evaluación de sus recursos afectivos debe ser considerada, ya que el aumento de conductas autoagresivas en este grupo es cada día más llamativo (CIVEIRA y Cols., 1985).

Aún siendo conscientes con BILLE-BRAHE (1982) de que hasta los sistemas sanitarios mejor estructurados adolecen de recursos inmediatos para solucionar satisfactoriamente la problemática del suicidio; algunas estructuras deben ser mejoradas, como la denunciada por CRAMMER (1984), quien ha puesto de relieve como las salas de muchos hospitales están constituidas de modo que la observación del enfermo es difícil, especialmente si éstos deambulan frecuentemente de una sala a otra, o se hallan "perdidos por los pasillos"; tanto más cuando a estas circunstancias se suma un número de enfermeras proporcionalmente escaso y una falta de experiencia o de motivaciones profesionales de las mismas.

La instalación de medidas para evitar la posibilidad de un desenlace suicida en los hospitales psiquiátricos resulta impres

cindible, especialmente cuando el nivel de vigilancia no es exhaustivo. Impedir mediante trabas mecánicas el que un enfermo pueda arrojarse por la ventana o las escaleras, etc... puede salvar muchas vidas, ya que tal como ya hemos expuesto con anterioridad, es absolutamente falso que todo suicida que no se quita la vida mediante una técnica lo hará a través de otra, así como la afirmación de que todo el que no se suicida en un momento determinado lo hará más tarde. Hay muchas técnicas que son desechadas por el presunto suicida (por su crueldad, por ser dolorosas, porque requieren mayor determinación, etc...) y muchos suicidas tienen un carácter predominantemente impulsivo o bien suceden durante una determinada fase de un proceso psicopatológico, con lo cual, superado este periodo el riesgo de suicidio desaparece.

Medidas de esta índole se han mostrado también útiles a nivel nacional, como el caso estudiado por OLIVER y HETZEL (1973), quienes detectaron en Australia una disminución del número de suicidios consumados a partir de que el Departamento de Legislación de la Salud de este país restringiera en Julio de 1967 la prescripción de hipnótico-sedantes a no más de 25 tabletas o cápsulas (antes estaba limitada de 100 a 300).

El papel de los medios de comunicación social también tiene gran importancia. La presentación en las conductas suicidas como algo natural, desprovisto de toda relación con alteraciones psicológicas o psicopatológicas, y a veces teñidas de cier-

to "carácter heróico" puede inducir a la imitación, y por tanto a un aumento de las conductas suicidas. También resultan perjudiciales las noticias sensacionalistas sobre suicidios (OMS, 1969). Por otro lado algunas campañas preventivas han demostrado carecer de la suficiente profundidad psicológica, con la denunciada por ALONSO-FERNANDEZ (1985), según el cual muchos adolescentes se han vuelto drogadictos al tomar conocimiento de la amenaza vital implicada en el consumo de drogas. El eslogan publicitario "la droga mata", que no deja de ser una tremenda verdad, ha contribuido a la extensión de las drogodependencias.

Los problemas de información pública sobre los problemas del suicidio, según la O.M.S. (1969) deben encaminarse a eliminar los tabús que rodean este asunto y a dar a las personas expuestas la posibilidad material y moral de pedir ayuda; a la vez que se estimula al resto de la sociedad a cooperar en el reconocimiento y asistencia de las personas afectadas. La O.M.S. (1969) también ha propuesto la creación de programas de enseñanza y formación profesional para el personal médico, para el de los servicios de salud mental, para enfermeras y asistentes sociales, para el personal de los servicios especializados en la prevención del suicidio y para otros grupos profesionales como sacerdotes, juristas, maestros y policías.

Otras medidas dentro de la prevención primaria se enmarcarían dentro de la denominada "medicina social". Una política

general de sana convivencia, de justicia social, de equilibrio entre los valores espirituales y las ideologías consumistas preponderantes en la cultura occidental actual, que respete opciones, creencias y que permita el proceso de adaptación del hombre al ambiente podría resultar de gran utilidad preventiva (CIVEIRA y Cols., 1985). JAUREGUI (1971) ha destacado como los ancianos, grupo entre el que se acumula un mayor número de suicidios, son los más necesitados de ciertas medidas de esta índole, que él ha sistematizado en :seguridad económica, bienestar físico, tranquilidad espiritual, atención médica, actividades recreativas, continuar en el seno de su familia, y desarrollar una ocupación o trabajo voluntario que elimine los sentimientos de inutilidad.

La realización de programas institucionales de reorganización de actividades, recreación y protección social específica para ciertos grupos sociales, como el de los jubilados, tal como ha propuesto YAMPEY (1973) puede resultar de gran utilidad en la prevención de suicidio y mejora de la integración social y la vida psíquica de los citados grupos sociales.

Por último, señala CASSEM (1980), el contexto ideológico de la prevención debe girar alrededor de la idea de muerte de la colectividad y la comprensión, simbología y valoración del suicidio en la misma.

B-10.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

La prevención secundaria según CAPLAN (1966) sería la llevada a cabo mientras los trastornos mentales tienen una sintomatología activa. La llamada "intervención" por SHNEIDMAN (1968), equivalente al tratamiento de la enfermedad. La estrategia preventiva se centra, según ROJAS (1984) en actuar sobre el enfermo que ya ha intentado o que está en la antesala del paso al acto, es decir, en actuar durante la "crisis suicida". Se trata de afrontar la crisis suicida mediante una intervención inmediata, integrada por la aplicación urgente de medicamentos y sobre todo, psicoterapia de urgencia, movilización del ambiente, apoyo social y probablemente hospitalización (ALONSO-FERNANDEZ, 1978).

La prevención secundaria se plantea fundamentalmente en tres papeles: detectar a las personas con intenciones autolíticas, posibilitar el que dichas personas puedan acudir a algún centro que pueda ayudarles, y administrar un tratamiento adecuado, tanto si aún no han intentado suicidarse, como si lo han hecho sin que la muerte haya sobrevenido a consecuencia de esto.

Para detectar la intencionalidad suicida de algunas personas, la observación clínica tiene una importancia capital. Ya hemos descrito los diez puntos básicos que según GOMEZ DEPERTUS (1977) pueden servir de guía para descubrir la intencionalidad

suicida en un sujeto y el "síndrome presuicida" propuesto por RINGEL (1953,1965). MENAHEM (1981) ha descrito unas características lingüísticas particulares en los suicidas en lo que se refiere a la "enunciación" (impacto del sujeto en un discurso) y "entonación" (melodía de la palabra). VON BORK (1981) ha descrito también unas peculiaridades grafológicas del pre-suicidio.

Sin embargo, este conjunto de características clínicas presentes en gran número de casos, también se hallan ausentes en no pocos de éstos, con lo que la prevención del suicidio se ve un tanto comprometida (SCHNEIDER, 1982). Esto último es típico de la adolescencia, durante la cual, tal como ha descrito ALONSO-FERNANDEZ (1985, la mayor parte de las tentativas son actos instantáneos; son la respuesta impulsiva a algún problema inmediato que surge sobre un largo conflicto de fondo con el ambiente familiar.

Como coadyuvantes de la labor clínica, se ha propuesto el uso de escalas de evaluación del riesgo suicida, como las de POLDINGER (1969), BECK y Cols. (1974,1979), PIERCE (1981), PALLIS y Cols. (1982, 1984), ROJAS y Cols. (1985), etc... BECK y Cols. (1982) han propuesto el uso de una escala (S.S.I.) para medir la desesperación, ya que en su opinión ésta constituye el factor etiológico fundamental del suicidio. También se ha propuesto el uso de diversos test, como el de RORSCHACH

(BOHM, 1951), el T.A.T. (MURRAY, 1938) o el test de SZONDI (SZONDI, 1947), pero tanto la realización como la valoración de dichas pruebas exigen demasiado tiempo y experiencia, y, por tanto, como dice POLDINGER (1969), es difícil que sean utilizables de un modo amplio, por ejemplo, en la práctica médica general; aparte de que la validez de dichos test, especialmente por lo que se refiere a la problemática que nos ocupa, es bastante discutida. Recientemente, RODRIGUEZ y LOPEZ (1985) han propuesto que la aplicación del test de "las caras desenfocadas" podría ser útil a la hora de evaluar el riesgo de suicidio.

La detección de avisos suicidas es otra labor que concierne a la prevención secundaria, y debe ser llevada a cabo por todos los médicos (especialmente generalistas, internistas, psiquiatras, y médicos de empresa y de familia), por el resto de los sanitarios y por los familiares y amigos del presunto suicida.. Ya hemos expuesto como éstos se producen en un 15 a un 80% de los casos (RINGEL, 1961; STENGEL, 1965; FREEDMAN y Cols., 1982; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; ROJAS, 1984, etc...), y como frecuentemente los futuros suicidas acudirán a algún médico poco antes de realizar su autoagresión (GOMEZ DEPERTUS, 1977; HAWTON y Cols., 1979; ROY, 1982; BORG y STAHL, 1982, etc..)

Una labor importante dentro de la prevención secundaria constituiría en la organización de un centro especial que se

mantenga a la espera y a la escucha (ALONSO-FERNANDEZ, 1978). Aquí, el médico puede ser sustituido por otra persona experta en estas cuestiones, como sucede en España con los que trabajan en los "Teléfonos de la Esperanza" (ROJAS, 1984). Estos teléfonos tienen a su predecesor en el Reverendo Warren, quien inició en 1885, en Nueva York, el sistema de ayuda por teléfono. Hay que tener en cuenta que estos centros de ayuda por teléfono no están especializados en el suicidio, sino que atienden a muchas facetas de la problemática social, especialmente de índole familiar y conyugal (DRDKOVA y ZEMEK, 1979).

La cuantía de llamadas suicidas suponen solamente un 2% del total en la S.O.S.-Amitié de France (GUILLON y le BONNIEC, 1983) y un 1,3% del total en los teléfonos de la Esperanza, en España, (ROCAMORA, 1983). Generalmente prestan una ayuda (gratuita y anónima) basada en el concepto de "intervención en crisis", mediante la cual se intenta provocar una "catarsis" elemental. Como dice HINSON (1982): "conseguir una reducción de la ansiedad y una clarificación de los problemas que la acompañan". Pero solo un 40% de las llamadas suicidas corresponden a "un estado de crisis", el resto tendrían una ideación suicida crónica (LITMAN y WORLD, 1976), por lo que algunas de estas asociaciones, disponen además de su servicio de especialistas que están a disposición del presunto suicida, para continuar, tras la llamada, un tratamiento psiquiátrico pero que ya exige la presencia física del sujeto. Algunas de estas organizaciones como el

"phoenix" francés, llevan a cabo un sistema similar al de los "Alcohólicos anónimos"; en el cual, personas que intentaron suicidarse sin éxito, ya restablecidos, intenten ayudar a otros en los que persisten las ideas suicidas.

La eficacia preventiva, respecto del suicidio, de estas organizaciones de atención telefónica ha sido puesta en tela de juicio por algunos autores como MILLER y Cols. (1984) y STEIN y LAMBERT (1984) quienes encuentran que en USA, tan solo se benefician claramente de ellas las mujeres blancas que presentan tasas de suicidio más bajas tras la aparición de estos centros en diversas localidades, si bien, este subgrupo de población también era el que con más frecuencia acudía a solicitar ayuda a estos centros. SOURIS (1982) no observa variaciones en la tasa de suicidio de aquellas comunidades en las que trabajan estas organizaciones. Sin embargo hay que tener en cuenta que, como dice MURPHY (1983), nunca podemos saber con certeza si hemos prevenido un suicidio y que dada la importancia y el efecto de la conversación desde el punto de vista preventivo y terapéutico (REVERZY y STRAUSS, 1979) hay que pensar que no pueden carecer de utilidad estos centros, si en ellos se sabe escuchar y utilizar "el arte de la palabra" (ROJAS, 1984), utilizando y encauzando las tendencias autoconservadoras para combatir el suicidio durante esta fase de ambivalencia (POLDINGER, 1969).

Diversas iglesias cristianas también han desarrollado programas para luchar a favor de una mayor integración social y de una mejoría de las relaciones familiares, consiguiendo según ADAM y Cols. (1983) reducir los niveles de ideación suicida.

También se han creado centros especializados en la prevención del suicidio según la O.M.S. (1976), de los que resulta un precoz exponente el Centro de Prevención de Suicidio de Los Angeles (U.S.A.) dirigido por Farberow y Shneidman. Algunos se crean como "Unidades de suicidología" adscritas a hospitales generales, como el dirigido por B. Sarro en el Hospital Clínico de Barcelona desde 1978. También se ha propuesto la creación de unidades psiquiátricas insertadas en el centro de reanimación en el que se atienden las tentativas de suicidio de mayor gravedad (GORCEIX y ZIMBACCA, 1968); ya que tan pronto como el paciente comienza a salir del coma debe intervenir el psicoterapeuta entrenado en suicidología (GAZZANO, 1973), pues en este momento la intervención psicológica es muy útil, ya que permite descargar los sentimientos que implica el acto, antes de que se establezca una elaboración defensiva a nivel psicológico o social (SARRO, 1983).

En un sentido estricto, como dice LITMAN (1968), ningún tratamiento (incluidos psicofármacos, psicoterapia, electrochoque y hospitalización prolongada) garantiza al paciente con

tra el suicidio; si bien, la aplicación de un tratamiento psiquiátrico ha demostrado ser muy útil, reduciendo significativamente la probabilidad de suicidio (ROSENMAN, 1983). En este sentido, un abordaje integral, biológico, psicológico y social, es, en cada caso, la mejor alternativa a tomar; siendo los criterios publicados en la literatura meramente orientadores sobre la conveniencia de utilizar con más intensidad un aspecto que otro (CIVEIRA y Cols., 1985).

El primer paso en el tratamiento de una tentativa de suicidio consiste en reparar las lesiones dañadas, y evitar, si es posible, que el elemento utilizado en la autoagresión continúe causando un daño orgánico. Una de las medidas más frecuentes consiste en realizar un lavado gástrico a aquellas personas que han ingerido una sobredosis medicamentosa. Las condiciones de la atención prestada durante estos momentos tienen gran importancia para la posterior evolución del proceso. Hay que destacar aquí, como en la práctica, este primer aspecto del tratamiento suele descuidarse.

SARRO (1983) ha descrito como entre los sujetos atendidos por una tentativa de suicidio en la sala de urgencias de un hospital general, era frecuente la queja de "desatención psíquica", pues se les había realizado un lavado gástrico en lugares, medio y circunstancias muy penosas; y se les había remitido "a casa" como algo "molesto" por lo que volvían a su medio



habitual con el impacto emocional de la tentativa y la sobrecarga de las condiciones del lavado gástrico.

NICOSON (1983) también ha observado como los pacientes que han realizado una autointoxicación medicamentosa son los enfermos que gozan de menor popularidad entre los sanitarios de un servicio de urgencias, seguidos de los que padecen asma, un ictus y una hemorragia digestiva, respectivamente. El rechazo provocado por la angustia y la posibilidad de muerte de que se acompañan estos enfermos, puede verse aún más favorecido por el hecho de que algunos se muestran hostiles o revindicativos, que no deseen que su muerte se evite o que sus conductas sean manifiestamente teatrales o manipulativas.

HAWTON y MARSACK (1981) han observado como los psiquiatras y enfermeros muestran una mejor actitud ante los pacientes que han intentado suicidarse por razones "depresivas" que ante los que lo hicieron por motivos de "manipulación", prestando a los primeros una mayor atención y preocupándose más por intentar ayudarles. MORGAN (1979) también observa que el personal sanitario, ante enfermos "provocadores, difíciles y poco razonables", tuvo a su vez sentimientos de hostilidad y rechazo hacia ellos; como consecuencia, algunos se suicidaron. FREEDMAN y Cols. (1982) han descrito como "lo único que querían era atención" es el comentario exasperado que sigue a muchos intentos de suicidio. Sin esta atención -advierten los

autores- puede que esa persona consiga suicidarse en el próximo intento.

Por tanto conviene insistir con ALONSO-FERNANDEZ (1978) en que todo sujeto que haya realizado una tentativa debe ser estudiado con sumo detenimiento, en la perspectiva de que ofrece un alto riesgo de repetición, incluso las tentativas llenas de teatralidad y de ficción. Tanto más, cuanto que la propensión al suicidio se incrementa, incluso en sujetos muy vacilantes al respecto, como reacción a amonestaciones de otras personas, especialmente médicos, que denotan una falta de comprensión y estimación.

La identificación demográfica de grupos de alto riesgo puede hacer olvidar que no es necesario pertenecer a uno de estos grupos para realizar un suicidio (MURPHY, 1983), descuidando la vigilancia y el tratamiento de grupos con menor riesgo, como el de jóvenes neuróticos, lo que a veces puede llegar a calificarse de negligencia. Tengamos en cuenta por ejemplo, que según COLONNA y LOO (1972) un 4% de los histéricos que intentan suicidarse, acaban con su vida. No resulta extraño, entonces, que BROMBERG (1979) considere al suicidio como el mayor riesgo por negligencia de los psiquiatras ni que BOYERS (1979) advierta que en Nueva York por lo menos la mitad de las negligencias médicas fueran desencadenadas por el suicidio.

En los primeros momentos son fundamentales los cuidados de aislamiento y observación, con rápida intervención por parte del personal sanitario y continua reevaluación del potencial suicida por parte del equipo médico (RESNICK, 1980). El internamiento en un centro psiquiátrico es una medida recomendable casi siempre en las tentativas de suicidio y en los suicidios frustrados (ALONSO-FERNANDEZ, 1978). Sin embargo, no siempre se aplica suficientemente esta medida, tal como podemos observar en el estudio realizado por MILLA (1983) en España, según el cual del total de tentativas atendidas en un servicio de urgencias de un Hospital General (5% presentaban coma grado III, 10% coma grado II, 19% coma grado I, y un 66% casos poco graves en cuanto a lesiones corporales), un 67% fueron dados de alta tras la asistencia, y solo un 15% fué ingresado en el servicio de psiquiatría.

PINSKER (1981) ha puesto de relieve como hay pacientes que buscan el intreso y para ello alegan el suicidio, y como una vez ingresados se liberan de su angustia. Según este autor "la simple declaración del paciente de que desea el suicidio no debe ser motivo para que el psiquiatra ignore lo que conoce sobre factores de riesgo. Estar bajo los 45 años y libre de depresión endógena sugiere menos riesgo. En algunas circunstancias la crisis suicida puede no ser tanto una desesperada petición de ayuda como una petulante petición de servicio". Sin embargo, parece cuando menos arriesgado aplicar

factores de riesgo basados en criterios demográficos a casos concretos. El poder ansiolítico que la hospitalización conlleva en estos casos debe interpretarse como un beneficio, y negar la "petulante petición de servicio" puede dar lugar en no pocos casos, a una nueva tentativa de suicidio (posiblemente más grave) o a un suicidio consumado. Por tanto, creemos con CIVEIRA y Cols. (1985) que la hospitalización es conveniente si la demanda del paciente es muy fuerte; aunque esta sea breve.

Tal como opina ALONSO-FERNANDEZ (1985), dos o tres días pueden ser suficientes, pero conviene prolongar la hospitalización cuando existen síntomas psiquiátricos, o cuando el ambiente familiar es poco comprensivo y muy rígido en sus pautas de comportamiento.

La hospitalización también resulta útil para asegurar que la persona que ha intentado suicidarse continuará el tratamiento prescrito, ya que en muchas ocasiones, los pacientes a los que se ha recomendado un tratamiento ambulatorio, no acuden a la primera cita posterior a la entrevista, tal como ha observado PAYKEL y Cols. (1974), en cuyo estudio solamente un 42% de los pacientes en tratamiento externo volvieron a acudir a la consulta tras la tentativa de suicidio. Por lo que BAKER (1984) ha considerado que la hospitalización psiquiátrica puede ser

una medida preventiva cuando un paciente ha tenido dos intentos anteriores de suicidio y no ha continuado el tratamiento en consulta externa.

COPAS y ROBIN (1982) han calculado el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos de Inglaterra y Gales (1967-73) en relación con la duración del tratamiento en régimen de hospitalización, observando como éste disminuye cuando más prolongado es el internamiento.

DURACION DEL TRATAMIENTO EN REGIMEN DE INTERNAMIENTO

		Menos de 1 semana	1-2 Sems	2-4 Sems	1-2 Meses	2-5 Meses	6-12 Meses	1-2 Años	2-3 Años	3-5 Años	más de 5 años
RIESGO DE SUICIDIO Ciertos por día y Número de pacientes (psiquiátricos)	HOMBRES	19,37	9,32	7,84	7,16	7,20	2,87	1,53	1,35	1,06	0,36
	MUJERES	7,79	4,47	3,69	3,90	3,31	1,64	0,87	0,79	0,18	0,14

Sin embargo, según FINZEN (1983), el tiempo de hospitalización tiene escasa importancia, siendo el factor fundamental el momento del alta hospitalaria, ya que esta es en sí misma un factor de riesgo, aumentando el riesgo de suicidio en los primeros días en régimen ambulatorio (pues actúan los factores externos); según pasa el tiempo el riesgo disminuye.

El tratamiento farmacológico, debe encaminarse hacia el tratamiento de la enfermedad mental, si existe, fundamentalmente responsable de la conducta suicida. ALESSI y Cols. (1984) han

insistido en la utilidad de buscar y tratar la patología psiquiátrica que hay detrás de las tentativas de suicidio. Cada caso debe ser individualizado. Como pauta general la administración de algún psicofármaco bien seleccionado, particularmente entre los ansiolíticos y los antidepresivos puede resultar de gran utilidad (ALONSO-FERNANDEZ, 1985).

El uso del electrochoque, fué propuesto por CERLETTI en el Congreso Mundial de Psiquiatria de Paris (1950) como medida preventiva del suicidio, en personas que han realizado un suicidio frustrado. Más recientemente ROY (1982) ha vuelto a subrayar la conveniencia de la utilización de terapia electroconvulsiva en depresiones endógenas con alto riesgo de autolisis.

Según MONTGOMERY y MONTGOMERY (1982) la mayoría de los desórdenes de personalidad responden especialmente bien a los neuroléticos, debido a la relación existente entre los neuroléticos y la dopamina en los trastornos de personalidad con carácter suicida. También POLDINGER (1969) ha propuesto la administración de neuroléticos en aquellos trastornos de suicidio con carácter de "actos de cortocircuito", para contrarrestar en primer término la tendencia a la impulsividad, procurando una sedación medicamentosa continua cuando la anamnesis revela repetidas tentativas de suicidio.

Los antidepresivos no deben prescribirse hasta que el sujeto se halle albergado en un ambiente de cierta seguridad, por-

que su absorción eleva al principio el riesgo de suicidio (ALONSO-FERNANDEZ, 1978), ya que en cierto modo la inhibición de que se acompañan muchas depresiones protege al individuo contra el suicidio (ROJAS, 1984). Los antidepresivos mejoran con mucha más rapidez la parálisis motriz que el humor depresivo y su consiguiente ideación suicida, por lo tanto el efecto farmacológico puede dar lugar a una desinhibición con persistencia del estado de ánimo depresivo, favoreciendo en un primer momento el "paso al acto" suicida. Esto ha llevado a POLDINGER (1972) a recomendar ante depresiones de estas características, el empleo, junto con los antidepresivos, de neurolépticos de fuerte acción sedante durante los primeros días de tratamiento.

La administración de antidepresivos en régimen ambulatorio a sujetos con elevado riesgo de suicidio que viven solos puede resultar muy peligrosa, ya que no se puede confiar en su correcta administración y además, éstos pueden ser utilizados para llevar a cabo una nueva tentativa, que puede revestir mayor gravedad (CAMPAILLA, 1985). En cualquier caso deben de asociarse a tranquilizantes y a hipnofacilitadores no barbitúricos. El uso de tranquilizantes menores de tipo benzodiacepínico puede ser más útil que el de neurolépticos, sobre todo en pacientes que no están sometidos a vigilancia y control; ya que la posibilidad de muerte por intoxicación por ingesta excesiva de éstos es prácticamente imposible, excepto con el meprobamato (FREEDMAN y Cols., 1982).

La administración de hipnofacilitadores de tipo no barbitúrico para combatir el insomnio es preferible a la de barbitúricos, por el mismo motivo. Téngase en cuenta que únicamente 10 o 20 cápsulas de amobarbital sódico pueden provocar la muerte según FREEDMAN y Cols. (1982). Pero si las medidas farmacológicas resultan útiles para tratar la enfermedad subyacente y para combatir la ansiedad y la impulsividad, la psicoterapia es fundamental para la combatir la ideación suicida y favorecer el interés por la vida. (DI MASCIO y Cols., 1979). Los pacientes en psicoterapia se suicidan raramente, asegura SCHNEIDER (1982); si bien hay que considerar, que algunos abandonan la psicoterapia dada la gravedad de su sintomatología psiquiátrica, sus características psicológicas o su gran intencionalidad suicida; y son éstos los que realizan un nuevo acto suicida, generalmente muy grave.

En cualquier caso no cabe duda que la psicoterapia es de gran utilidad, tanto a nivel terapéutico como preventivo. Sin embargo, tan solo algunos de los sujetos que acuden a un servicio de urgencias por intentar el suicidio son remitidos para realizar psicoterapia. En Francia ROMANI y Cols. (1982) calcula que solo se aconseja psicoterapia a un 20% de las tentativas de suicidio atendidas. En España MILLA (1984) describe como la gran mayoría, son dados directamente de alta tras comprobar que no existe riesgo vital desde el punto de vista somático.

La intervención psicoterapéutica debe de ser iniciada lo antes posible (GAZZANO, 1973). A veces, el estado de conciencia en el momento de la tentativa es difícil de precisar. Frecuentemente, los enfermos afirman no tener más que un recuerdo vago. Puede, en efecto, existir una amnesia lacunar, sobre todo si ha habido estado de coma, pero más a menudo, según MORON (1977), se trata de una simple reticencia o de un mecanismo de defensa destinados a evitar la angustia ligada al recuerdo del acto.

Muchas veces la persona niega su intención suicida y ofrece explicaciones más o menos aceptadas socialmente como: "solo quería dormir profundamente", "solo quería calmar un dolor", "solo quería asustar"... (SARRO, 1983). Esto constituye un obstáculo para la psicoterapia, por igual que cuando se rehusa precisar el motivo del acto suicida (MORON, 1977).

Lo primero es realizar una entrevista psicológica exploratoria, aprovechándola para investigar, especialmente la psicodinamia del acto suicida, la postura del sujeto ante la muerte y la respuesta del ambiente familiar, laboral y social (ALONSO-FERNANDEZ, 1978). Se debe descifrar el significado del acto e identificar los factores etiológicos concurrentes, y, después, ofrecerle la selectiva ayuda terapéutica pertinente (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). Pasar un cuestionario durante esta entrevista puede resultar de gran utilidad desde el punto

de vista preventivo y terapéutico (LORIN, 1981); y además puede servir como medio de investigación, acción fundamental para conseguir prevenir futuras tentativas de suicidio (SARTORIUS, 1985).

Para SCHNEIDER (1982), la calidad de la relación terapéutica, independientemente de la psicopatológica y de la gravedad del estado suicidario, parece ser el factor más determinante. HAIM (1970) opina también que la calidad de la contra-transferencia adquiere en las tentativas de suicidio una importancia mayor que en cualquier otro caso. También resulta fundamental, según LITMAN (1968), la estructuración de una relación psicoterapéutica, que debe ser mantenida de forma consistente durante los momentos de crisis, de forma que el paciente sea capaz de solicitar ayuda para ser debidamente atendido. En las personas que tienen una larga historia de conductas suicidas repetitivas solo puede ser efectivo un plan de tratamiento que produzca una mejoría gradual de un estilo de vida antodestructivo (LITMAN y WOLD, 1976).

VARAH (1966) recomienda establecer una relación amistosa e interesada. El grado y calidad del interés que ponemos y el deseo de comprender es, a fin de cuentas, según HAIM (1970), el primer factor de la prevención del suicidio. El buen terapeuta dice GAZZANO (1973), debe sentir una actitud empática hacia el paciente, centrada en su interés profesional y en el reconoci-

to de su capacidad para acompañar en su tarea de recuperación a "ese paciente". Debe esforzarse para presentar una actitud de paciencia sin indecisión; de firmeza sin rigidez; de tolerancia sin permisividad y de preocupación sin perturbación (MINTZ, 1968). Procurando ser poco crítico, receptivo e interesado, a la vez que transmite al paciente su convicción -tranquila y segura- de que podrá ser ayudado. (BASTOS, 1983).

Durante la entrevista es importante saber dejar hablar al enfermo, y que cuente su estado, así como su situación con los detalles y pormenores que le parezcan más adecuados; lo cual es a la vez informativo y catártico (ROJAS, 1981). El terapeuta debe ser flexible, aumentar la duración o frecuencia de las sesiones cuando pueda resultar beneficioso, intentando, como dice SARRO (1985) establecer una buena comunicación y un dialogo abierto sobre la ideación y actos del suicidio actual, evitando el considerar como tabú las ideas de suicidio (POLDINGER, 1969) e intentado comprender el deseo de muerte (SARRO, 1983), pero sin que las afirmaciones formuladas durante la sesión terapéutica en relación con los planes abiertamente suicidas u homicidas del paciente se conviertan en un secreto entre una pareja de confabulados (SHNEIDMAN, 1982).

Muchas tentativas y consumaciones tienen lugar después de la aparente mejoría de las primeras horas o días; el diálogo sobre el acto suicida ayuda muchas veces a evitar la repetición

de la tentativa a corto plazo, al sentirse la persona suicida "contenida" a nivel psicológico o aceptada en su crisis, al ser escuchada y atendida (SARRO, 1983), ya que según POLDINGER (1969) con frecuencia basta con mantener un diálogo con el paciente acerca de los impulsos antodestructivos para aminorar la intensidad de estos últimos.

BECK (1963) ha puesto de relieve como muchos suicidas conceptúan su situación como insostenible y desesperante, por lo que según MURPHY (1983) los esfuerzos del psicoterapeuta deben ir encaminados a luchar contra el substrato de la desesperación, gran responsable de la conducta suicida según las observaciones de numerosos autores (BEDROSIAN y BECK, 1979; ROOSE y Cols., 1983; DYER y KREITMAN, 1984, etc...). Tal como dice LANDSBERG (1953), la esperanza y la expectación miran hacia dos futuros diferentes, el objeto de la espera está en una proximidad inmediata, mientras que el de la esperanza está situado en un futuro mucho más indeterminado y lejado, aparte que el mismo objeto no tiene unos límites bien definidos, no tiene una especificidad clara. Esta desesperanza obedece en muchos casos a que se ha perdido el proyecto de la existencia (ROJAS, 1984).

Por tanto, proporcionar algunas directrices aprovechando el lado vital del paciente (SHNEIDMAN, 1982) para impulsar el plan de cada sujeto para autorealizarse dentro de un desarrollo armónico de la personalidad que favorezca la individualización

y la dignidad de la persona, será especialmente útil entre los más jóvenes (McCLURE, 1984), sirviendo además para acabar con su tedio vital que no raramente termina en el suicidio (REMPLEIN, 1974). Se debe intentar encontrar estímulos para acrecentar las ganas de vivir del paciente, comprendiendo su situación desde su punto de vista global, acercándole a aquellas actividades que pueden resultarle más gratificantes.

Tal como decía ORTEGA Y GASSET (1950), la infelicidad no se da en una persona ocupada por una actividad que le embarga. La inactividad, puede dar lugar, según ROJAS (1984) a una incongruencia entre nuestro ser potencial y el actual, dando lugar a un vacío existencial. Debe procurarse que el paciente elabore un ocio de una forma más adecuada y activa, a la vez que intentamos que se sienta útil y se relacione más, con lo que se puede lograr una movilización que mejore su autoestima, ya que la psicoterapia debe encaminarse según CIVEIRA y COLS. (1985) a mejorar la autoestima del paciente buscando un equilibrio en sus tendencias impulsivas, proponiendo y estimulando las experiencias positivas de equilibrio entre tensiones y soporte social. Lograr una correcta orientación de la agresividad y desarrollar hábitos de manejo instintivo y afectivo, estabilizando la integración social en el medio. El desarrollo de un programa profesional interesante puede ser muy útil entre los más jóvenes (ALONSO-FERNANDEZ, 1985).

El suicida debe hallar otro medio de reacción o expresión que no sea la autoagresión, entre frustraciones o una situación a la que no encuentra salida. Dentro de la terapia de conducta, LIBERMAN y Cols. (1981) proponen una técnica de concienciación de la enfermedad, centrada en un programa de entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la propia ansiedad y contratos ante crisis futuras con la colaboración de familiares significativos con los objetivos de mejorar la integración interpersonal del paciente, superar las tensiones internas que sufre y evitar las situaciones de impulsividad generando salidas diferentes a la conducta autoagresiva.

Las preocupaciones conscientes por las nociones sobre la muerte muy frecuentes, según STENGEL (1965), después del intento de suicidio, pueden servir como punto de partida para lograr un concepto más adecuado sobre la muerte, para luchar contra su función ordálica (VEDRINNE, 1965) y de rebeldía, ya señalada por TISSOT en 1840. Entenderla como culminación de la vida (RILKE, 1927) y no como catástrofe absurda (LEPP, 1971), puede ser útil a la hora de organizar y estructurar la propia vida (BETTELHEIM y KARLIN, 1979) si se ofrecen motivos para vivir y fuentes de autorrealización dentro de una perspectiva vital que no sea demasiado abstracta, con contenidos irreales o inalcanzables, para evitar la desorganización y la falta de una mínima constancia.

Resulta fundamental una evaluación individualizada de los sistemas comunicacionales familiares (ENNIS, 1983), no se puede prescindir de la familia a la hora de evaluar el acto suicida y proponer un plan de intervención (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). Los padres juegan un papel muy importante en las tentativas realizadas por jóvenes, y muchas veces se puede observar que el suicida se siente rechazado por ellos en relación a otros hermanos (ROSS y Cols., 1983). En otros casos la tentativa se produce como resultado del divorcio o separación de los padres, o bien por la separación matrimonial del propio suicida. En personas de edad avanzada, la conducta suicida se ve favorecida por el sentimiento de rechazo o abandono por parte de los hijos. Estas situaciones son cada día más frecuentes, dado que tal como ha destacado ALONSO-FERNANDEZ (1985), el soporte socio-familiar se ha vuelto más quebradizo, asolado por la crisis de la familia.

La soledad y el aislamiento socio-familiar favorecen el vacío afectivo, y el sujeto puede pensar que nadie desea su existencia, clave de muchas conductas suicidas según JASPERS (1969). Por tanto, se debe intentar la psicoterapia de familia, no como una alternativa para la terapia individual, sino, como dice ALONSO-FERNANDEZ (1985), como técnica complementaria que se distribuye a lo largo de una amplia gama de procedimientos entre los que sobresale la terapia familiar sistémica,

el cambio de grupo familiar y las modificaciones ambientales. Si fuera preciso la ampliación del soporte socio-familiar pue de utilizarse la técnica de las redes sociales.

Sensibilizar a las personas significativas, tiene gran interés, ya que algunos aspectos del pronóstico dependerán de la respuesta positiva o negativa de éstas. En general an te la primera tentativa hay una respuesta exagerada de apoyo y gratificante a corto plazo, pero frente a la repetición de estos actos, sentimientos de agresividad y culpa, provocan situaciones de abandono total o parcial (SARRO, 1985). La familia, o las personas con las que convive el suicida, son casi imprescindibles en algunos casos, para lograr la correcta administración de la medicación, el que éste acuda a la próxima citación, en caso de tratamiento ambulatorio, y su cooperación es fundamental a la hora de realizar la terapia de familia; las diversas actitudes de los miembros de la familia pueden verse influidos por el carácter de la primera entrevista después de la tentativa. La mayor comprensión por parte de éstos hacia el suicida, y una mejor cooperación e integración dentro del nucleo familiar, junto con la corrección de algunos aspectos de la dinámica familiar, son objetivos terapéuticos primordiales.

Se puede comenzar a realizar en los primeros días después de la tentativa, aprovechando las frecuentes reacciones de ayu

da que se producen, sobre todo si se trata de la primera tentativa, entre las personas cercanas al suicida, ya que, según STENGEL (1965) tratan de comportarse como deberían haber sentido que tenían que haber actuado si el resultado hubiera sido fatal, aunque estas reacciones sean de escasa duración o abortivas.

La psicoterapia de grupo también puede resultar muy útil, combinada con la familiar o individual (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). En muchos casos sirve para identificar resistencias, reforzar el yo del suicida, expresar sentimientos de vergüenza, culpa, agresividad, desesperanza, soledad, etc... a la vez que los miembros se prestan apoyo a la hora de buscar y encontrar otras salidas y motivaciones para vivir (SARRO y Cols., 1983). Favorece los sentimientos de integración social a corto plazo, rompiendo la incomunicación y el aislamiento, pudiendo proporcionar además al paciente otras opiniones y sugerencias que pueden servir para reforzar la actuación del terapeuta. Según FREY y Cols. (1983), el efecto terapéutico suele ser evidente según las técnicas a partir de la quinta sesión de tratamiento, en relación al impacto positivo en el peligro vital de la rotura del aislamiento social con la ayuda del psicoterapeuta y del grupo. LIBERMAN y Cols. (1981) han propuesto el psicodrama como otra técnica coadyudante que puede resultar de utilidad.

Para realizar una prevención secundaria adecuada y verdaderamente eficaz resulta fundamental la existencia de una red sanitaria coordinada. Servicios como los de U.V.I., de urgen-

cias y de psiquiatría de los hospitales generales, deberían de estar perfectamente coordinados a la hora de atender un caso de tentativa de suicidio y suicidio frustrado. Lo mismo puede afirmarse respecto de los hospitales generales y los dispensarios locales (MORON, 1977). De este modo toda tentativa de suicidio podría ser atendida de forma rápida y correcta, con lo que se conseguía no solo una mejoría psicológica y psiquiátrica de estas personas, sino además una menor tasa de reincidencia de las conductas autodestructivas, tarea que incumbe a la prevención terciaria.

B-10.3. PREVENCIÓN Terciaria:

Según CAPLAN (1966) la prevención terciaria es aquella que atiende al deterioro que puede resultar de los trastornos padecidos. Según SHNIEDMAN (1971) la prevención terciaria o posvención consistiría en la serie de actuaciones adecuadas y de ayuda que vienen después del suicidio, y lo comparan a la rehabilitación. Es decir, son las actividades que sirven para reducir los posefectos que el acontecimiento traumático puede provocar en las vidas de los supervivientes. El propósito de posvención es ayudar a los que sobreviven a vivir más, de forma más productiva y con menos tensión de la que pudieran haber tenido (SHNEIDMAN, 1982).

La Prevención Terciaria o post-intervención consiste para MORON (1977) en la serie de medidas encaminadas a evitar que se produzca la reincidencia de la conducta suicida. Según ROJAS (1981) la posvención arranca de la tentativa fallida, ya que según ALONSO-FERNANDEZ (1978) la prevención terciaria se basa en el principio de que una tentativa de suicidio representa uno de los índices que con mayor seguridad permiten identificar a los candidatos al suicidio. También SARTORIUS (1985) ha destacado como las personas que ya han intentado suicidarse son las más expuestas al suicidio, en concordancia con gran número de autores como KESSEL y McCULLOCH (1969), McCULLOCH y Cols. (1967), DUCHE (1969), GOMEZ DEPERTUS (1977), RYGNESAD

(1982), FREEDMAN y Cols. (1982), POKORNY (1983), GEERTINGER y THE CAIDE (1983), PALLIS y Cols. (1984), HANSEN y WANG (1984), etc...

La prevención terciaria del suicidio consistiría, en el caso de haberse producido un suicidio consumado, en la atención que se debe ofrecer a los familiares y allegados del suicida fallecido, para evitar las consecuencias psicológicas perjudiciales que el suceso puede haber provocado en ellos y evitar las posibles conductas suicidas que se pueden desencadenar en estas personas.

En el caso de una tentativa de suicidio o de un suicidio frustrado, la prevención terciaria consistiría en evitar que en el futuro esa persona realice un suicidio consumado, e incluso, que realice una nueva tentativa de suicidio, ya que la prevención de las tentativas debe ser la estrategia básica de la prevención del suicidio según SARTORIUS (1985).

En las tentativas, la prevención terciaria es una prolongación de la secundaria, ya que para realizar un correcto tratamiento suelen ser necesarias, tal como hemos expuesto, una serie de transformaciones en el terreno social, familiar y ambiental. Estos cambios atañen también a la tarea de la prevencción terciaria y constituyen, según MORON (1977), la mejor garantía de no reincidencia. Aquí, la colaboración de un asis

tente social (POLDINGER, 1969) que ofrezca soluciones y alternativas concretas ante cada caso particular puede resultar de gran utilidad.

El sujeto que ha realizado una tentativa y se ha recuperado desde el punto de vista psiquiátrico, debe reincorporarse a un ambiente que no le provoque una nueva recaída. Para evitar esta serie de circunstancias, una buena prevención debe conseguir una serie de cambios individuales en esta persona (prevención secundaria) que se acompañen además de modificaciones en su forma de vida anterior, de su familia y ambiente social y laboral.

Además debe estar preparado para acudir a un medio sanitario si con posterioridad ve aumentar sus tendencias autodestructivas o se repite una situación de "crisis", para ser atendido y evitar la repetición de la conducta suicida. Concienciar en este sentido a familiares y amigos puede resultar muy útil, sobre todo si se usa la técnica de redes sociales (ALONSO-FERNANDEZ, 1985). Para ello resulta necesaria la existencia de centros capaces de atender al paciente de forma rápida y adecuada, puesto que si la atención no se realiza con la debida urgencia y dedicando todo el tiempo que algunos casos requieren, las consecuencias pueden ser fatales.

Decíamos, hablando de la prevención secundaria, que se necesitaba una coordinación entre diversos servicios públicos, como los dispensarios locales y hospitales generales; y dentro de estos últimos, entre los servicios de psiquiatría, urgencias y U.V.I. Estos servicios deben estar, igualmente en estrecha cooperación con los de asistencia social, extrahospitalarios, de forma que la estrategia preventiva abarque todas sus diversas facetas sin perder uniformidad ni continuidad.

La tarea de la prevención terciaria ante casos de suicidio consumado, se centra en la atención que debe prestar a los familiares y allegados del suicida fallecido, ya que, según GAZZANO (1973), de no mediar una atención correcta, las fuerzas agresivo-destructivas del campo aumentan la posibilidad de que algún otro miembro del grupo desarrolle una mayor disposición suicida. Además se suma a la pérdida de la persona, la pérdida del grupo anterior, ya que éste como tal se transforma y deja de existir para siempre (FOLTA y DECK, 1974).

DANTO y KUTSCHER (1977) han calculado que el porcentaje de depresión entre los familiares y amigos del suicida suele ser superior al 25%, y que estos suelen reaccionar, tras el fallecimiento de éste, con conductas suicidas o autoagresivas, por lo que los centros de atención en crisis de U.S.A. prestan ayuda psicológica a estas personas significativas del suicida, la mayoría de las cuales están deseando hablar con un profesional

(FREEDMAN y Cols., 1982), si bien es casi siempre necesario que el psiquiatra se ofrezca a los supervivientes para iniciar su recuperación (RYNEARSON, 1981).

Generalmente, según STENGEL (1965), ante la muerte de un allegado hay una erupción de amor póstumo, o al menos, de sentimientos de ternura hacia él; una sensación de culpa por no haberle querido lo suficiente y no haber hecho bastante por él; remordimiento de que sea demasiado tarde para hacer bien. Si la muerte no se debió a causas naturales, sino al suicidio, estas reacciones son mucho más pronunciadas, especialmente si el que ha sufrido la pérdida siente que había podido evitar la muerte o que el fué en parte o totalmente responsable de ella. Como dice FREEDMAN y Cols. (1982), los que sobreviven a las víctimas se sienten invadidos por un complejo de emociones distorsionadas: vergüenza culpa, odio y perplejidad. Se obsesionan con pensamientos sobre la muerte, buscan razones, buscan metas, y a veces se castigan a si mismos.

Además, según RYNEARSON (1981) la desesperanza se interioriza por los allegados, que encuentran alterada, hasta cierto punto, su propia definición personal y orientación futura; hay un inventario inevitable y una reconsideración de los valores que compartían con el suicida; y una tendencia involuntaria a dudar de la validez de los valores, compromisos y elecciones futuras .

El impacto puede ser muy importante en niños mayores de nueve años, ya que estos consideran ya la muerte como algo inevitable e irreversible (KASTENBAUM, 1972,1977). CRAMMER (1984) ha observado como estos sentimientos de culpabilidad también se producen entre los médicos y enfermeros que atendían al suicida.

El terapeuta debe empezar lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del suicidio (FREEDMAN y Cols., 1982). La terapia propuesta por RYNEARSON (1981) explora los residuos afectivos (furia, impotencia, sentido de rechazo, deseo de muerte cumplido, etc...) y analiza la historia de la pérdida personal junto con las relaciones del difunto (RESNIK, 1969). El papel de las emociones negativas, como irritabilidad, ira, envidia y culpa hacia el muerto necesitan ser exploradas pero no necesariamente en un principio (FREEDMAN y Cols. 1982).

Según RYNEARSON (1981) son frecuentes los casos en los que el difunto y el superviviente solían discutir de una manera abierta sobre el suicidio antes del acontecimiento, por lo que es importante repasar con el superviviente como veía el suicida la muerte y el suicidio. Esto permite una definición más clara de como la muerte fué aceptada como una alternativa y también como fué comunicada y posteriormente interiorizada por el super

viviente. Una apreciación de la capacidad del afectado para afrontar la realidad de la muerte, aclara la interpretación y la integración del acontecimiento. Aquellos allegados que consideren el suicidio como algo reconciliable y congruente con su concepto existencial del propio ser no deben ser rebatidos (HENSLIN, 1972),

C.- PLANTEAMIENTO DE NUESTRO TRABAJO (HIPOTESIS Y OBJETIVOS)

Si bien son muchas las consideraciones técnicas respecto de los factores de riesgo en un paciente vivo tras un acto suicida, la preocupación inmediata se dirige hacia la crisis existencial que sufre. Por eso nuestro punto de vista es una intervención clínica individualizada que esté dirigida en primer lugar a la necesidad fundamental del enfermo que acude a nuestra consulta. Es la necesidad de reforzar la autoestima y buscar un equilibrio entre sus tendencias impulsivas, que parta de una consecuencia de sus propias experiencias positivas anteriores y le ayude a reequilibrar sus tensiones con los soportes socio-psicológicos que tenga.

Por esto, aunque nuestro contexto de trabajo sea el psiquiátrico, y aunque nuestra vía de entrada de pacientes por este motivo venga determinada por la función de un servicio de urgencias en el marco de la medicina interna o general, a nivel hospitalario; nos vamos a encontrar que no es nuestro abordaje eminentemente psiquiátrico; al menos esta es nuestra impresión en el primer momento. Nosotros no vemos al suicida como un enfermo psiquiátrico sin más; sino que vemos a un hombre con una necesidad de ser apoyado, escuchado, comprendido en su situación marcada por un intenso sufrimiento, dentro de una crisis biográfica que le reduce a la autoagresión como única salida.

Después, creemos conveniente una cuidadosa evaluación psiquiátrica, en la que se incluya una historia familiar y una sistematización de los factores de riesgo que han podido incrementar la pulsión suicida, e incluso orientarla; y por otro lado hacer un estudio, también detallado de acontecimientos, circunstancias desencadenantes y elementos de ayuda o de soporte que pueden servir para el tratamiento que individualizadamente nosotros vamos a proponer.

Si el apoyo personal es la clave, una correcta orientación de la agresividad y una adecuada evaluación de los riesgos de personalidad y del control de sus actos impulsivos, principalmente agresivos, son nuestro segundo objetivo.

El sujeto ha sufrido una crisis, es decir, una imposibilidad de mantener un equilibrio que previamente soportaba; una atención intensiva apoyada por un familiar en buena disposición para servir de colaborador nuestro, será bastante para situar al paciente en una línea psicológica estable que permita nuevos abordajes. Si la intervención en crisis, el apoyo individual, el manejo de la agresividad, la reflexión y el apoyo médico y familiar tienen el éxito esperado, a lo largo de 48 o 72 horas podemos reemprender nuestra labor terapéutica en un marco a caballo de la prevención secundaria y terciaria.

Es aquí donde nosotros marcamos la primera diferencia entre suicidio frustrado y tentativa, porque la volutariedad y

la intencionalidad del acto, creemos que matizan dos realidades clínicas diferentes. Es el momento en que el paciente recibe la proposición de integrarse en un programa de tratamiento durante tres meses, que de una forma semiestructurada contemplará alguna reunión de grupo con personas inmersas en una problemática similar, alguna reunión familiar con el máximo de elementos posibles de una unidad de convivencia y por último un seguimiento psicoterápico individual que el mismo paciente orientará en la medida de la problemática que surja una vez resuelta la crisis.

En esta segunda fase, y además del tratamiento psiquiátrico correspondiente a un posible desencadenante psicopatológico o enfermedad psiquiátrica subyacente, creemos que una reformulación de la simbología del concepto de muerte en el grupo de pacientes con conductas suicidas y el desarrollo de hábitos conductuales de manejo de los impulsos de equilibrio instructivo y afectivo, junto con las estrategias de integración social constituyen las líneas directrices básicas. Una clarificación de las expectativas de futuro, que se acompañe de un asesoramiento que facilite el acercamiento progresivo a los objetivos trazados por el paciente puede resultar especialmente útil entre los más jóvenes.

Si bien no existe una etiología única del suicidio, nosotros pensamos que existe una puesta en marcha de mecanismos

psicógenos de inadaptación a las tensiones que el medio provoca y que conllevan a un descontrol instintivo y afectivo, que condicionan la conducta autodestructiva.

Nuestra visión terapéutica es la siguiente: la 1ª entrevista, es un primer contacto y es una búsqueda de la sintonía que el paciente ha podido perder con sus semejantes. Mientras la tentativa puede representar una comunicación simbólica con otras personas y el deseo y la necesidad de transmitírnos quejas y demandas será manifiesto, el suicidio frustrado, vendrá caracterizado por un nihilismo, indiferencia o reafirmación del deseo de muerte. Si bien es posible encontrar rasgos psicológicos comunes, la diferente argumentación conceptual del problema, nos hace presumir resultados distintos.

Sobre este primer contacto y esta oferta de ayuda, en forma de servicio profesional, podemos situar la necesidad de vigilancia o la conveniencia de intensificar la ayuda al paciente para lograr un equilibrio entre sus pulsiones y que se mantenga vivo. Aquí es donde será posible en muchos casos iniciar la catarsis exploratoria, revivir, con realismo y crítica la sucesión de sentimientos que el enfermo ha tenido en los últimos momentos. Con la perspectiva del tiempo pasado y con la artificialidad, pero seguridad concreta de la relación médico-enfermo, podemos valorar que gravedad actual, que crisis existencial, que medidas de intervención y que posibilidades inmediatas de tratamiento podemos poner en marcha.

Sobre esta tipificación del paciente en tentativa o sui
cidio frustrado, se abrirá un compás de espera en la evolu-
ción de sus deseos de muerte. Será posible consolidar la
alianza con la vida e introducir recursos familiares en la
reducción de la crisis.

Si el enfermo padece una reactivación de una enfermedad
psiquiátrica, que ha desencadenado su alteración de conducta,
la reorganización de su tratamiento podrá hacerse desde este
primer momento.

Así daremos el segundo paso, esto es, la propuesta de
un tratamiento intensivo durante un máximo de tres semanas en
las que están previstas un mínimo de una entrevista semanal
y donde se ofrece al paciente la posibilidad de participar
en discusiones de grupo con pacientes suicidas y la posibili
dad de entrevistar terapéuticamente a la totalidad de los
miembros de su unidad familiar para explorar su percepción
del deseo de muerte y valorar la posibilidad de ayuda y mejo-
ría en la relación interpersonal familiar.

Una vez que los pacientes consiguen de nuevo un equili-
brio con la vida, se iniciará la posibilidad de un tratamien-
to rehabilitador durante 3 meses, tiempo, promedio de mayor
riesgo de reiteraciones de conductas autolíticas; en el que
ya de forma más individualizada se discutirá la problemática
médica, existencial o psicopatológica del enfermo.

Las hipótesis que subyacen en este modelo son las siguientes:

- 1.- No existe una estructura psicopatológica homogénea definitoria de la conducta suicida; pero sí diversas estructuras en las que el riesgo de aparición de conductas suicidas es mayor.
- 2.- Determinados acontecimientos pueden favorecer o desencadenar la conducta suicida.
- 3.- La intención suicida es más estable en los suicidios frustrados que en las tentativas de suicidio.
- 4.- En el "paso al acto suicida" predomina la impulsividad y la confusión.
- 5.- La tentativa, en sí, puede modificar las tendencias emocionales y la actitud del sujeto hacia sí mismo y hacia el medio socio-familiar.
- 6.- La elaboración subjetiva de la biografía y de la situación existencial es un importante elemento sobre el que actuar terapéuticamente y un indicador deseable de curación.
- 7.- Un tratamiento específico y semiestructurado puede mejorar la psicopatología y generar cambios de actitud importantes

de proyección hacia el futuro en un grupo necesitado de apoyo y evitar la repetición de la conducta suicida.

- 8.- La creación de unidades de suicidología en un Hospital General puede resultar beneficiosa para un mejor tratamiento y prevención de la conducta suicida.

De aquí que un planteamiento ecléctico, individualizado y flexible sea la mejor alternativa.

Previamente a la puesta en marcha del programa creimos necesaria la realización de un estudio preliminar sobre el conjunto de suicidios consumados en nuestro ambiente, de la ciudad de Madrid. De esta forma, posteriormente podríamos perfilar similitudes y diferencias de nuestros suicidios frustrados y podríamos delimitar con mayor especificidad el grupo de población con mayor riesgo de suicidio.

Contando con la colaboración del Director del Instituto Anatómico Forense de Madrid y como parte de este estudio, dentro del marco de trabajo epidemiológico del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense, decidimos estudiar la totalidad de casos autopsiados durante 1984, que manifestamente fueron clasificados por el médico forense como suicidios para dirigir con resultados la selección muestral.

Nuestro trabajo se plantea, pues, con el siguiente DISEÑO DE INVESTIGACION: tres estadios de trabajo diferentes y a la vez complementarios que nos sirvan para comprender mejor las características de los tres tipos básicos de conductas suicidas (suicidio consumado, suicidio frustrado y tentativa de suicidio), para elaborar una estrategia preventiva, su respuesta al tratamiento, y el funcionamiento y eficacia preventiva de una unidad de suicidología dentro del contexto de un hospital general. Por tanto el trabajo se distribuye en tres estudios complementarios:

- A.- ESTUDIO I: Análisis retrospectivo de los suicidios consumados en la ciudad de Madrid durante todo el año 1984, en base a las autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Madrid.
- B.- ESTUDIO II: Análisis de una muestra de suicidios frustrados y de tentativas de suicidio tratadas en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, para valorar la secuencia fenomenológica del acto suicida y tipificar la crisis existencial en cuyo contexto se produce.
- C.- ESTUDIO III: Estudio prospectivo de la misma muestra de suicidios frustrados y tentativas de suicidio durante un periodo de un mes, prorrogable a tres meses, aplicando un

programa individualizado de tratamiento experimental, con el fin de evitar reiteraciones autolíticas y lograr la plena rehabilitación de los pacientes de la muestra objeto de estudio; a la vez que ensayamos la eficacia (dificultades, necesidades y rendimientos) de una unidad de suicidología dentro de los servicios de un Hospital General.

Nos planteamos los siguientes objetivos:

- A.- Estudiar el total de muertes por suicidio en la ciudad de Madrid durante el año 1984, intentando analizar los factores de riesgo más característicos para delimitar subpoblaciones que desde el punto de vista epidemiológico, se definen como las más afectadas, a fin de elaborar una estrategia preventiva a este nivel.
- B.- Valorar las implicaciones etiopatogénicas de la conducta suicida.
- C.- Estudiar la secuencia psicopatológica de los actos suicidas.
- D.- Comparar las diversas características clínicas que presentan los suicidios frustrados en relación a las tentativas de suicidio propiamente dichas.

- E.- Observar las distintas características de la conducta suicida en relación con el diagnóstico psicopatológico de los pacientes; intentando hallar características propias a cada diagnóstico y comunes a la conducta suicida en un sentido general.
- F.- Generar un modelo psicopatológico que sirva para puntualizar las principales características que impliquen un mayor riesgo de suicidio.
- G.- Aplicar un programa de tratamiento y valorar su eficacia para conseguir la prevención de futuras conductas suicidas y la plena rehabilitación de estos pacientes.
- H.- Ensayar el funcionamiento de una unidad de suicidología dentro de un Hospital General.

D.- MATERIAL Y METODO

D-1. POBLACION:

D-1.1. ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS. Sobre el total de autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Madrid en el año 1984 (17.000), se estudiaron todas aquellas en las que el dictamen de Forense consistía en suicidio consumado, (bien por la información que recibía en su estudio a través de las señales evidentes en el cadáver, o en los estudios complementarios toxicológicos, farmacológicos, familiares, etc... que él juzgara convenientes). En aquellos casos en los que la muerte violenta se produjo sin la certeza de suicidio se verificó una comprobación de los datos, descartándose todos los dudosos. De esta manera obtuvimos un resultado de 284 casos correspondientes a un número de pacientes autopsiados en este centro con suicidio consumado.

El estudio de cada caso se realizó a través de una evaluación del informe personal del forense remitido a cada juzgado y cuya copia, con la autorización del director del centro, fué examinada por el doctorando. Del mismo extrajimos los datos correspondientes a la filiación, es decir, datos demográficos, estructura familiar, datos psicopatológicos y edad o momento del año en el que el suicidio se produjo. Con estos cuatro parámetros y variables independientes con los indicadores que a continuación se mencionan, se clasificaron las características de todos los cadáveres autopsiados, llegando a una clasificación proporcional de las mismas ajust-

tada por unas u otras variables en función de las tablas que posteriormente veremos.

En algunos casos que los datos no estaban completos se recavó información en la secretaría del centro, descontándose aquellos en los que pudiera haber alguna duda. Del total de 284 casos estudiados, podemos afirmar la certeza de la causa de muerte, existiendo datos complementarios en alguno de ellos sobre intoxicaciones adicionales a la causa de muerte, o bien, datos especiales que solo marginalmente pasaremos a comentar.

D-1.2 ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO. Todos aquellos casos con conductas autodestructivas que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de San Carlos de la Facultad de Medicina de Madrid, entre los meses de Abril, Mayo y Junio de 1985; fueron invitados a ser entrevistados dentro de las 24 horas de la conducta autodestructiva en la unidad de suicidología que coordinaba el doctorado. Durante este tiempo, un total de 115 pacientes acudieron al servicio de urgencias con un primer diagnóstico o diagnóstico fundamental de tentativa de suicidio; de las cuales tan solo fué posible entrevistar a 52, por el realizador de este trabajo; de las cuales, un 25% fué ingresado en el hospital, lo que supone un total de 28 casos.

D.- MATERIAL Y METODO

D-1. POBLACION:

D-1.1. ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS. Sobre el total de autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Madrid en el año 1984 (17.000), se estudiaron todas aquellas en las que el dictamen de Forense consistía en suicidio consumado, (bien por la información que recibía en su estudio a través de las señales evidentes en el cadaver, o en los estudios complementarios toxicológicos, farmacológicos, familiares, etc... que él juzgara convenientes). En aquellos casos en los que la muerte violenta se produjo sin la certeza de suicidio se verificó una comprobación de los datos, descartándose todos los dudosos. De esta manera obtuvimos un resultado de 284 casos correspondientes a un número de pacientes autopsiados en este centro con suicidio consumado.

El estudio de cada caso se realizó a través de una evaluación del informe personal del forense remitido a cada juzgado y cuya copia, con la autorización del director del centro, fué examinada por el doctorando. Del mismo extrajimos los datos correspondientes a la filiación, es decir, datos demográficos, estructura familiar, datos psicopatológicos y edad o momento del año en el que el suicidio se produjo. Con estos cuatro parámetros y variables independientes con los indicadores que a continuación se mencionan, se clasificaron las características de todos los cadáveres autopsiados, llegando a una clasificación proporcional de las mismas ajust-

tada por unas u otras variables en función de las tablas que posteriormente veremos.

En algunos casos que los datos no estaban completos se recavó información en la secretaría del centro, descontándose aquellos en los que pudiera haber alguna duda. Del total de 284 casos estudiados, podemos afirmar la certeza de la causa de muerte, existiendo datos complementarios en alguno de ellos sobre intoxicaciones adicionales a la causa de muerte, o bien, datos especiales que solo marginalmente pasaremos a comentar.

D-1.2 ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO. Todos aquellos casos con conductas autodestructivas que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de San Carlos de la Facultad de Medicina de Madrid, entre los meses de Abril, Mayo y Junio de 1985; fueron invitados a ser entrevistados dentro de las 24 horas de la conducta autodestructiva en la unidad de suicidología que coordinaba el doctorado. Durante este tiempo, un total de 115 pacientes acudieron al servicio de urgencias con un primer diagnóstico o diagnóstico fundamental de tentativa de suicidio; de las cuales tan solo fué posible entrevistar a 52, por el realizador de este trabajo; de las cuales, un 25% fué ingresado en el hospital, lo que supone un total de 28 casos.

De estos 28 casos, 21 fueron elegidos para el presente estudio, y del conjunto de pacientes ambulatorios, 16 acudieron a la entrevista propuesta para ser integrados en el programa de tratamiento, lo que representa un índice de asistencia más bajo de lo previsible. Además de esta población que representa una muestra aleatoria, mediatizada por la voluntariedad del individuo para seguir tratamiento, y que por lo tanto puede venir definida por la hospitalización en un caso, por los deseos de ayuda en el otro, se añadió un conjunto de enfermos ingresados por otros diagnósticos cuya patología incluía una tentativa seria de suicidio que en algunos casos podría considerarse incluso como suicidio frustrado tal como luego veremos.

Del total de 145 ingresos habidos en la unidad de hospitalización en la que trabajaba el doctorado durante este periodo, se identificaron 15 pacientes con conductas autodestructivas que fueron integrados a su vez en el estudio. Por lo tanto, la población estudiada viene marcada por las consultas urgentes cuya población mayoritaria son pacientes psiquiátricos que con historia conocida y psicopatología activa, padecen a su vez, una conducta de este tipo.

A todos ellos se les propuso rellenar una entrevista semi estructurada, realizada personalmente por el investigador principal y que seguidamente pasaremos a describir.

En primer lugar se analizó la fenomenología previa al acto autolesivo y se evaluaron los indicadores siguientes: dolor físico, Fracaso existencial. Incapacidad para afrontar la vida. Necesidad de comunicación. Incomprensión. Tristeza. Cul-pabilidad. Desplazamiento y aislamiento social. Temor a la lo-cura. Ofensa, humillación. Necesidad de huir de la situación frustrante.

A su vez, se analizaban los sentimientos durante el pri-mer día de la entrevista, que hacía referencia a la posibili-dad de autoafirmación autodestructiva, a la búsqueda de ayuda, a la vergüenza, culpa, remordimiento, la falta de motivos para vivir, la incomprensión, y los síntomas autoreferenciales.

En esta primera entrevista se recogerían los datos de fi-liación, una historia psiquiátrica familiar, con una especial atención a los antecedentes suicidas, tanto en la familia de primer grado de procreación como de generación. Una historia personal con una breve biografía en la que se destacaban los posibles síntomas neuróticos infantiles y los tratamientos psi-quiátricos anteriores.

Finalmente se hizo un recorrido sobre las conductas auto-destructivas que el paciente había tenido en el pasado, anali-zando la técnica, la secuencia y las circunstancias desencade-nantes.

En una segunda entrevista se realizaba una evaluación de la tentativa actual, prestando un especial interés por el posible consumo de tóxicos, posible diagnóstico psicopatológico y las características clínicas de llegada al hospital.

En una entrevista siguiente se proponía el tratamiento en dos niveles: uno de intervención en la crisis actual y por lo tanto de enfoque individual y posteriormente un seguimiento o rehabilitación en el que los indicadores básicos del seguimiento serían los siguientes: Ganas y fuerzas de vivir. Esperanza y organización de futuro. Integración familiar. Integración social. Salud general y trastorno psiquiátrico.

Todos los pacientes con el diagnóstico principal de tentativa de suicidio fueron entrevistados, negándose a participar en el estudio siete de ellos.

Del total de pacientes ambulatorios se incluyen el número de los que acudieron a la consulta. Del total de enfermos hospitalizados, a su vez, todos colaboraron en la primera entrevista.

Esta se realizó en la sección de hospitalización en un despacho adecuado al efecto, y por el doctorado de este estudio. La entrevista psiquiátrica fué semiestructurada y estaba centra

da en una aproximación individual que permitiera una evaluación de la posible crisis existencial, y un minucioso detalle psicopatológico que posteriormente será reflejado en el instrumento de recogida de datos.

El análisis de los datos se presenta en suicidios frustrados y tentativas de suicidio. Entendemos como suicidio frustrado a aquel cuya causa y cuyas circunstancias, bien por su intensidad o sus consecuencias, directamente conlleva la muerte del paciente, a no ser por sus circunstancias extraordinarias que concurrieron para salvarle la vida.

Entendemos por tentativa de suicidio, toda aquella conducta autodestructiva que en su finalidad o en su formulación no conlleve un riesgo evidente de muerte.

La codificación de los datos se realizó de forma ordinal, numérica (de 0 a 9), para permitir su tabulación en fichas perforadas y posterior manejo con el programa de tratamiento biomédico estadístico de la Universidad de California en Los Angeles publicado y revisado en Junio de 1981 y manejado en un ordenador I.B.M. en el centro de cálculo de la Universidad Complutense de Madrid.

D-1.3. ESTUDIO III: SEGUIMIENTO. Del total de 52 pacientes, 46 de ellos aceptaron la intervención en crisis, y tal solo 40 par

ticiparon voluntariamente en el estudio de seguimiento. Solo un 50% culminó el tercer mes. Tras la intervención en crisis, es decir una vez resuelta la problemática inminente de autolisis, se propuso una técnica rehabilitadora sobre el apoyo individual, optativo por los pacientes, que nos sirviera de referencia para la evitación de conductas suicidas en un futuro inmediato y que permitiese una reintegración rápida y efectiva en su medio socio-familiar.

El instrumento de recogida de datos se basó en entrevistas personales semiestructuradas en las que los indicadores analizados fueron los siguientes: Ganas y fuerzas para vivir. Esperanzas y organización del futuro. Integración familiar. Integración social. Salud general. Trastorno psiquiátrico.

La codificación de los datos se realizó de la misma manera que en el estudio II y a su vez el análisis, utilizando el mismo método matemático con las fórmulas que posteriormente pasaremos a explicar.

D.2.- INDICADORES UTILIZADOS:

D-2.1. ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS. En primer lugar se analiza la incidencia de casos de suicidios consumados del total de autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Madrid durante 1984. Se relacionan por variables demográficas, es decir, ajustando por las tasas de población, hallando los índices anuales por 100.000 habitantes. El análisis de morbilidad se realiza conjuntamente por grupos de edad ajustado a su vez por la población censal de 1981 recogida del Instituto Nacional de Estadística en su Anuario publicado en 1985, que refleja la población actual de Madrid, ya que en este periodo ésta no ha sufrido cambios relevantes, ni cuantitativa ni cualitativamente. También se realizan los mismos cálculos, ajustados por sexos, comparando las tasas totales y las de cada sexo.

En segundo lugar se analiza la estructura familiar, el estado civil, como primer elemento de riesgo, recopilable de los documentos que se archivan en el Instituto Anatómico Forense tras la realización de las respectivas autopsias. Se presentarán tasas del estado civil por sexo, por grupos de edad y también las cifras globales. De esta forma podremos establecer relaciones que puedan hacernos preveer grupos de alto riesgo.

Otro factor de riesgo, que ha sido abordado en la literatura, tal como hemos visto en la introducción, es el periodo del año y el día de la semana en que la consecuencia suicida se produce con mayor o menor frecuencia; factor que también hemos analizado.

Ya en el análisis de la clínica de la consumación suicida, hemos estudiado la técnica, incluyendo en este epígrafe las causas fundamentales de muerte, que incluyen las intoxicaciones, que tal como se ha dicho en la introducción son cada vez mas frecuentes, y que la mayoría de los casos iban a ser refrendados por un informe toxicológico realizado en el mismo Instituto Anatómico Forense.

Respecto de los tóxicos encontrados en los cadáveres, se realizó una clasificación en donde destacan la lejía, detergentes, psicofármacos, gas, productos derivados del opio, venenos y cáusticos y las diversas asociaciones. También se estudian las técnicas por armas blancas, de fuego, las precipitaciones y las lesiones por atropello, la ahorcadura por suspensión, etc... Se analizan las técnicas suicidas con los ajustes previamente mencionados, edad, sexo y estado civil, para configurar un modelo de riesgo que reuna estos parámetros con la clínica de la consumación suicida.

El estudio del lugar donde se realizó el suicidio y de la fuente de procedencia del cadáver puede resultar interesan-

te para valorar las circunstancias en los que este se realizó; por lo que se han recogido si el lugar fué público, si el cadáver provino de su domicilio particular, de otro domicilio privado, o de una institución, principalmente hospitalaria; buscando de esta forma, relacionar posibles causas de suicidio consumado en los que existiera una psicopatología previa, o, en las que hubieran podido calificarse como de suicidio frustrado, la conducta, de haber tenido éxito la intervención hospitalaria inmediata que en un servicio de urgencias pudo realizarse.

Finalmente analizamos que persona pasó a recoger el cadáver, como índice de la estructura socio familiar de pertenencia. Buscábamos en este indicador si era el cónyuge, los padres, los hijos, los hermanos, o bien otra persona; sabiendo que en ocasiones podríamos encontrar que el cadáver no fué recogido, o bien, fué recogido por personas cuya relación de parentesco no estaba claramente determinada.

D-2.2. ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO. Se han aplicado los criterios clínicos definitorios de grupo, es decir, los suicidios frustrados y tentativas de suicidio, cuyos conceptos ya han sido definidos en la introducción y al hacer referencia a la selección muestral.

En primer lugar, se utilizaron los mismos indicadores que en el suicidio consumado, es decir, parámetros demográficos:

edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, profesión, actividad actual y lugar de residencia.

En segundo lugar, factores de riesgo que incluían la estructura familiar, la estación, el día y el momento en que se realizó la tentativa.

Como indicadores clínicos, principalmente la técnica, el lugar donde se realizó y las relaciones personales de vínculo, de llegada al hospital, que por ser muy diversos, solamente muy someramente discutiremos en la presentación de los resultados.

Especial atención se ha dedicado al análisis psicopatológico del fenómeno autolítico, en tres momentos: en primer lugar se ha hecho durante la primera entrevista, una evaluación minuciosa de los sentimientos que el paciente tenía antes de realizar la conducta suicida, para inmediatamente avaluar su estado psicológico durante la tentativa suicida y las reprovaciones de ésta o los resultados inmediatamente posteriores. Se establece pues, una aproximación psicopatológica clínica, secuencial, antes, durante y después de la conducta suicida.

Entre los sentimientos próximos anteriores, se presentaba al paciente una lista estructurada que incluía la tristeza, la desesperanza, la incapacidad para afrontar la vida, la soledad,

La necesidad de huida o de evitación de problemáticas o relaciones ambientales, así como las situaciones fundamentales depresógenas, como son el desarraigo, el aislamiento, la sobrecarga o la desesperanza. Finalmente se analizaban también molestias o dolores somáticos que podían influir en la elaboración psicológica preautolítica.

En el resumen de la bibliografía que hemos presentado, destacamos como instrumento de trabajo psicopatológico los siguientes parámetros: agotamiento insuperable, es decir, vaciamiento energético e imposibilidad de hacer frente a las demandas ocupacionales habituales. Dolor corporal en distintas graduaciones. Fracaso existencial como frustración, inutilidad y vaciamiento interior. Incapacidad para afrontar la vida. Necesidad de comunicación. Aislamiento y soledad con fenomenología depresiva, en forma de culpa, autoreferencia, o de temor a la muerte con o sin cortejo ansioso.

Especial atención se puso en las situaciones previas o acontecimientos previos a la tentativa de suicidio. En cuanto a los acontecimientos incluimos como se deduce del modelo defendido por el profesor ALONSO-FERNANDEZ (1984), los acontecimientos de pérdida como son la muerte, pérdida económica, los abandonos, los acontecimientos de desarraigo y de aislamiento, que incluyen la enfermedad, el distanciamiento de los demás,

los cambios; y por último, los de sobrecarga, que tan solo some
ramente analizaremos.

Previniendo la posible estructura depresiva de un buen nú
mero de nuestros casos, presentaremos algunos datos fenomenoló-
gicos según el modelo tetradimensional del profesor ALONSO-
FERNANDEZ (1984), en tres parámetros fundamentales que son: el
humor depresivo, las alteraciones de la comunicación y la aner-
gia.

En la fenomenología post-acto suicida, hemos analizado la
crítica de la autoagresión, analizando estructuralmente la situa-
ción cognoscitiva en cuanto a indiferencia o autoafirmación, y
los resultados psicosociales en cuanto a decepción, en cuanto a
alegría, en cuanto a refuerzo de las ganas de vivir y reprova-
ción individual que podría venir matizada por argumentos éticos
o valorativos como el de cobardía, como el de crítica del futuro
o el de rebeldía social.

También se estudió la filiación psicopatológica del grupo
de estudio. En ese sentido además de la filiación se han deter-
minado la historia familiar, del padre, de la madre, con la po-
sibilidad de tentativas previas, y un análisis de la
posible patología psiquiátrica que hubieran podido padecer.
También los hijos han sido estudiados en lo que a trastornos
psiquiátricos y a conductas autolíticas se refiere. También

los hermanos y otros familiares, e incluso amigos, que pudieran o no consumir suicidio.

Completamos la definición de la población con una historia personal que incluía una biografía estructurada en la que la psicopatología de la infancia en forma de síntomas neuróticos así como el retraso psicomotor o los cambios frecuentes en las actividades laborales o problemas económicos, complementarían el perfil de nuestra muestra. Por último analizamos los tratamientos psiquiátricos padecidos que junto con una minuciosa historia psicopatológica, acabarían de filiar qué cuadros corresponderían a enfermos psiquiátricos y cuales serían suicidios frustrados o tentativas de suicidio más o menos puras y por lo tanto analizables desde distintos puntos de vista. Incluimos también el consumo de alcohol, el consumo de tóxicos y los periodos de la vida que podían haber sido especialmente conflictivos.

Ya en el análisis clínico de la tentativa, además de los datos mencionados realizamos una historia de la suicidabilidad de cada paciente, sistematizando la técnica utilizada en cada tentativa, el número de repeticiones, y por lo tanto autoclasificando nuestro grupo de enfermos en función de las veces y las técnicas que hubieran utilizado en momentos anteriores, así como el intervalo de tiempo entre ellas y el transcurso desde la última tentativa.

Al conjunto de pacientes escogidos se les propuso durante el periodo que durase su hospitalización, el ser sometidos a una intervención psicosocial como la descrita en el capítulo anterior y a realizar un control evolutivo de los siguientes aspectos:

- Crítica de la pulsión autodestructiva, medida a través de las ganas y fuerzas de vivir, y de la esperanza y organización de futuro.
- Integración familiar y social medida según el modelo psicosocial con el que se trabaja en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense.
- Salud general según el criterio del Cuestionario de Salud General de Goldberg. (General Health Questionnaire)
- Actividad o inactividad del posible trastorno psiquiátrico subyacente en la conducta suicida.

Todos estos indicadores, semanalmente, y mientras duraba el ingreso fueron evaluados con una intensidad variable de 1 a 5, de menos a más, que nos podrían medir de forma prospectiva la respuesta que el paciente tenía ante nuestra intervención.

La intervención en estos casos fué un esquema de lo que se ha perfilado al final de la introducción y básicamente era un refuerzo personal que cumpliera con el modelo etiopatológico que en cada individuo nosotros habíamos desarrollado, y que incidiera sobre los factores de riesgo que en el eran más importantes y sobre la psicopatología que padecieran.

D-2.3. ESTUDIO III: SEGUIMIENTO.- A los pacientes se les propuso durante un periodo de tres meses, escogido en función de la literatura, que tal como se ha dicho en la introducción, que re fleja que este es el periodo máximo de repetición de tentativas, se les propuso, como decíamos, un seguimiento cada ciertos días que nos permitiera un control de las mismas variables evolutivas que se han enunciado a propósito del estudio II, y que some ramente pasamos a enumerar.

- Ganas y fuerzas para vivir.
- Esperanza y organización de futuro.
- Integración familiar.
- Integración social.
- Salud general.
- Trastorno psiquiátrico.

Ya el enfoque terapéutico fué más estructurado y reglado, y de ahí que la evolución y la evaluación numérica de 1 a 5 de toda esta serie de parámetros, se pudiera hacer sobre un conoci miento personal y con una objetividad mucho más clara, dado que la población que lógicamente preveíamos que continuara en este estudio iba a ser mucho menor, y posiblemente de menor riesgo, ya que la intervención psicosocial primera iba a ser positiva y

por lo tanto justificaría su alta hospitalaria y su reincorporación a las actividades normales.

El análisis de estos parámetros evolutivos se presenta con cifras numéricas, con diagramas y se realiza un análisis de varianza demostrándose la significación de las diferencias entre los distintos controles realizados.

Dada la heterogeneidad de la población preveíamos en el método de trabajo una pérdida de casos que en un principio no se consideró fundamentalmente evitar ya que podría marcarnos una homogeneización posible de las muestras, es decir, una valoración sobre las características de identificación individual de los pacientes que seguían o no el tratamiento.

Se registró también el número de repeticiones de conductas suicidas, y el intervalo de tiempo con que estas fueron llevadas a cabo por los pacientes incluidos en este estudio de seguimiento.

D-3.-INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

D-3.1. ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS. La recogida de datos se realizó historia por historia, en el mismo archivo del Instituto Anatómico Forense de Madrid, manteniéndose la confidencialidad de los datos, ya que el manejo era realizado de forma anónima por el doctorando, sin conocimiento de la identificación de cada uno de los suicidios consumados.

Las respectivas características recogidas fueron codificadas en códigos ordinales, numéricos, de 0 a 9, para manejo en un sistema de ordenadores I.B.M. con su programa estadístico realizado por la Universidad de California denominado B.M.D.P. A continuación describimos el mencionado cuestionario:

a.- Datos jurídicos:

CONCEPTO	CODIGO
- Número de caso	(0 a 284)
- Nombre del forense	(0 a 40) (00=no se sabe)
- Hora de llegada del Cadáver al I.A.F.	(1 a 24) (00=no se sabe)
- Id. minutos	(0 a 59) (00=no se sabe)

b.- Datos demográficos:

CONCEPTO	CODIGO
- Edad	(1 a 99) (00=no se sabe)

- Sexo (1=hombre; 2=mujer;
0=no se sabe)
- Estado civil (1=casado/a; 2=soltero/a;
3=viudo/a; 4=separado,
divorciado y/o anulado;
0=no se sabe)

c.- Datos clínicos:

- | CONCEPTO | CODIGO |
|--|--|
| - Dia de fallecimiento | (1 a 31) (00=no se sabe) |
| - Mes de fallecimiento | (1 a 12) (00=no se sabe) |
| - Técnica suicida | 1=intoxicación; 2=arma de
fuego; 3=arma blanca;
4=ahorcadura por suspen-
sión; 5=precipitación des-
de las alturas; 6=atropé-
llo por metro o ferrocarril;
7=quemaduras; 8=ahogamiento
por inmersión; 9=otros.
0=no se sabe. |
| - Agente etiológico de la
intoxicación | 1=lejía o similares;
2=caústicos no domesticos;
3=gas; 4=cianuro; 5=psico-
fármacos; 6=medicamentos y
alcohol; 7=medicamentos y
drogas; 8=derivados del
opio; 9=alcohol.
0=no se sabe. |
| - Hallazgo de drogas o
alcohol en la autopsia | 1=derivados del opio;
2=alcohol; 3=psicofármacos;
4=otros; 0=no se describe o
no se sabe. |
| - Padecimiento de enferme-
dades | 1=psiquiátricas;
2=cardiovasculares;
3=oncológicas;
4=traumáticas; 5=otras;
6=no se describe o no se
sabe |

d.- Datos socio-familiares:

CONCEPTO	CODIGO
- Persona a la que se entregó el cadáver	1=Cónyuge; 2=padres; 3=hijos; 4=tíos; 5=hermanos; 6=familiares políticos; 7=amigos; 8=otros; 9=no se encontró a nadie; 0=no se sabe
- Procedencia del cadáver	1=lugar público (exterior) 2=domicilio particular 3=otro domicilio (privado) 4=asilo 5=Hospital (en donde ingresó tras el acto suicida) 6=hospital (en donde realizó el acto suicida) 7=hospital (no se determina si ingresó antes o después de realizar el acto suicida) 8=otros 0=no se sabe

ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO. La recogida de datos se realizó en la Unidad de Suicidología en la que trabajaba el doctorando, situada en la octava planta del Hospital Clínico de San Carlos. El cuestionario aplicado se describe a continuación

a.- Datos de identificación:

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
Nº de caso	0 a 052	1	0	1-3
Edad	0 a 99	1	169	4-5
Sexo	mujer=1; hombre=2	1	170	6
Estado civil	soltero=1; casado=2 viudo=3; separado=4 divorciado=5; anulado=6; 2º matrimonio=7; 3º matrimonio=8; matrimonio no legalizado (más de 1 año)=9	1	171	7
Estudios realizados	analfabeto=1; alfabeto=2; 1 escolarización primaria=3; bachillerato elemental o EGB=4; formación profesional=5; bachillerato superior o BUP=5; COU=6; titulado de grado medio=7; titulado de grado superior=8; colegio de minusválidos=9	172		8
Profesión	obreros no cualificados=1; 1 SL=2; obreros cualificados=3; pequeños agricultores=4; pequeños comerciantes e industriales=5; administrativos y empleados medios=6; estudiantes=7; profesiones liberales, ejecutivos, altos funcionarios, medianos propietarios y artistas=8; otros=9	173		9
Situación laboral actual	activo y SL=1; perdió empleo=2; nunca consiguió trabajo=3; trabajó pero no desea continuar=4; nunca desea trabajar=5; incapacidad laboral transitoria=6; jubilado por edad=7; incapacidad laboral permanente=8;	174		10

Residencia actual	Chabolismo=1;casco viejo=2;ciudad dormitorio=3;barrio bajo=4;barrio medio=5;barrio residencial=6;id. en periferia=7; pueblo grande fuera del cinturón industrial=8;no tiene, vive con sus hijos=9; no tiene, deambula=0	1	002	12
-------------------	---	---	-----	----

b.- Historia familiar:

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
<u>Padre</u>				
Profesión	Id. variable 173	1	004	14
Estudios realizados	Id. variable 172	1	005	15
Años transcurridos desde su muerte	0-9;meses=1;9 años o más=9	1	006	16
Antecedentes psiquiátricos	no=0;no se sabe=1; si, indeterminados=2;alcoholismo=3; bebedor excesivo=4; neurosis=5;esquizofrenia=6;PMD=7; depresión=8;otros=9	1	007	17
Nº de tentativas suicidas	1-9;9 o más=9	1	008	18
<u>Madre</u>				
Años transcurridos desde su muerte	0-9;meses=1;9 años o más=9	1	009	19
Antecedentes psiquiátricos	Id. variable 007	1	010	20
Nº de tentativas suicidas	1-9;9 o más=9	1	011	21

Conyuge

Años transcurridos desde su muerte	0-9; meses=1; 9 años o más=9; vivo=0	1	012	22
Nº de años de matrimonio y convivencia	0-99; meses=99	1	013	23,
Nº de años en convivencia del segundo matrimonio	0-99; meses=99	1	014	25,
Antecedentes psiquiátricos (último cónyuge)	Id. variable 007	1	015	27
Nº de tentativas suicidas (último cónyuge)	0-9; 9 o más=9	1	016	28

Hijos

Nº de varones	0-9; 9 o mas=9	1	017	29
Nº de mujeres	0-9; 9 o más=9	1	018	30
Nº de fallecidos	0-9; 9 o más=9	1	019	31
Años transcurridos desde la muerte del último	0-9; meses=1; 9 años o más=9	1	020	32
Nº de abortos espontáneos	0-9; 9 o más=9	1	021	33
Años transcurridos desde el último	0-9; 9 o más=9	1	022	34
Nº de abortos provocados	0-9; 9 o más=9	1	023	35
Años transcurridos desde el último	0-9; 9 o más=9	1	024	36
Antecedentes psiquiátricos de uno de ellos	Id. variable 007	1	025	37
Antecedentes psiquiátricos de otro	Id. variable 007	1	026	38

Hermanos

Nº de varones	0-9;9 o más=9	1	027	39
Nº de mujeres	0-9;9 o más=9	1	028	40
Nº de fallecidos	0-9;9 o más=9	1	029	41
Años transcurridos desde la muerte del último	0-9;9 o más=9	1	030	42
Antecedentes Psiquiátricos de uno	Id. variable 007	1	031	43
Antecedentes psiquiátricos de otro	Id. variable 007	1	032	44
Nº de tentativas suicidas de uno	0-9;9 o más=9	1	033	45
Nº de tentativas suicidas de otro	0-9;9 o más=9	1	034	46

Allegados que consumaron suicidio

Padres (nº)	0-9;9 o más=9	1	035	47
Hermanos (nº)	0-9;9 o más=9	1	036	48
Hijos (nº)	0-9;9 o más=9	1	037	49
Familiares políticos	0-9;9 o más=9	1	038	50
Otros familiares	0-9;9 o más=9	1	039	51
Amigos	0-9;9 o más=9	1	040	52

c.- Historia personal:

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
Nº de cambios de trabajo	0-9;9 o más=9	1	001	11
Nº de cambios de domicilio	0-9;9 o más=9	1	003	13
Nº de años viviendo solo	0-9;9 o más=9; meses=1	2	081	15

Padecimiento de dificultades económicas	ocasionalmente=1; frecuentemente=2; casi constantemente=3	1	052	64
---	---	---	-----	----

Durante la infancia

Encopresis y/o enuresis nocturna	si=1;no=0	1	053	65
----------------------------------	-----------	---	-----	----

Onicofagia	si=1;no=0	1	054	66
------------	-----------	---	-----	----

Sonambulismo y/o terrores nocturnos	si=1;no=0	1	055	67
-------------------------------------	-----------	---	-----	----

Alteraciones del lenguaje	si=1;no=0	1	056	68
---------------------------	-----------	---	-----	----

Retraso psico motor	si=1;no=0	1	057	69
---------------------	-----------	---	-----	----

Tratamientos psiquiátricos anteriores

Farmacológicos	Antidepresivos=1; neurolepticos=2; benzodiazepinas=3; barbitúricos=4; otros=5;1 y 2=6; 1y3=7;otras asociaciones=8;no se sabe=9	1	041	53
----------------	---	---	-----	----

Psicoterápico	Individual=1;grupala=2;familiar=3;1y2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; 1,2 3 =7;otros=8	1	042	54
---------------	--	---	-----	----

Nº de hospitalizaciones psiquiátricas previas	0-9;9 o más=9	1	043	55
---	---------------	---	-----	----

Nº de tratamientos distintos	0-9;9 o más=9	1	044	56
------------------------------	---------------	---	-----	----

Realización de actos agresivos y/o delictivos	Ocasionalmente=1; frecuentemente=2 casi constantemente=3	1	051	63
---	--	---	-----	----

Nº de autolesiones y/o automutilaciones	0-9;9 o más=9	1	050	62
---	---------------	---	-----	----

Años transcurridos desde el padecimiento de una enfermedad no psiquiátrica de cierta relevancia	0-9;9 o más=9; meses=1	1	045	57
Años transcurridos desde el padecimiento de otra enfermedad no psiquiátrica de cierta relevancia	0-9;9 o más=9; meses=1	1	046	58
Nº de intervenciones quirúrgicas	0-9;9 o más=9	1	048	60
Años transcurridos desde la última intervención quirúrgica	0-9;9 o más=9; meses=1	1	049	61
Consumo de alcohol hace más de tres meses	Abstemio (menos de 100cc/año)=0; bebedor regular durante más de 1 año y menos de 5 (menos de 75cc/día)=1; Id. (menos de 150 cc/día)=2; Id. (más de 150cc/día)=3; bebedor regular durante más de 5 años (menos de 75cc/día)=4; Id. (menos de 150 cc/día)=5; Id. (Más de 150cc/día)=6; embriagueces esporádicas durante más de 6 meses seguidos (menos de una al mes)=7; Id. (menos de 5 al mes)=8; Id. (más de 5 al mes)=9	1	058	70
Consumo de hachís y/o marihuana hace más de tres meses	Probar=1; una vez al mes=2; una vez a la semana=3; una vez al día o más=4;	1	060	72
Consumo de fármacos no prescritos, como estimulantes	Id. variable	060	061	73

Consumo de otras drogas	Id. variable 060	1	062	74
Nº de tentativas de suicidio previas	0-9; 9 o más =9	2	97	31
Tiempo promedio del intervalo entre las tentativas anteriores	más de 1 semana=1; de 1 semana a 1 mes =2; 1 a 2 meses=3; 2 a 3 meses=4; 3 a 6 meses=5; 6 a 12 meses =6; más de 1 año=7	2	98	32
Tiempo transcurrido desde la última tentativa	Id. variable 98	2	99	33
Técnica utilizada en la primera tentativa	Intoxicación farmacológica=1; otros tóxicos (caústicos, gas, etc.)=2; intento de ahorcadura=3; precipitación=4; sección de vasos en muñeca=5; otros cortes por arma blanca=6; fármacos y cortes por arma blanca=7; fármacos y alcohol =8; 1, 3, 4 y 5=9	2	100	34
Técnica utilizada en la segunda tentativa	Id. variable 100	2	101	35
Técnica utilizada en la tercera tentativa	Id. variable 100	2	102	36
Técnica predominante en las siguientes tentativas	Id. variable 100	2	103	37

d.- Acontecimientos próximos anteriores a la tentativa actual

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO VARIABLE	POSICIÓN
Muerte del cónyuge =1; del padre=2; de la madre=3; del hijo=4; del hermano=5; de otro familiar=6; de un amigo=7; de otro ser querido=8; descubrimiento en un ser querido de una enfermedad grave=9		2	74
			8

Pérdida económica grave=1; fracaso profesional grave=2; fracaso en los estudios=3; pérdida de empleo=4; no relaciona ningún acontecimiento=5 1,2 y 4=6; no valorado en su ocupación=9	2	75	9
Abandonado por su pareja=1; infidelidad de la pareja=2; discusión grave con la pareja=3; divorcio, separación=4; pareja no conseguida=5; infidelidad propia=6; desengaño amoroso en general=7; 1,2,3 y 4=8; discusión grave con un hijo=9	2	76	10
Descubrimiento de una enfermedad grave en sí mismo=1; pérdida de algún miembro o sentido=2; sospecha o certeza de una anomalía psiquiátrica=3; aborto espontáneo=4; aborto provocado=5; embarazo no deseado=6; desesperanza respecto de la propia curación=7	2	77	11
Haber sido agredido=1; atracado o robado=2; violado=3; humillado gravemente=4; discusión muy grave=5; haber realizado un acto punible=6; abandonado por la familia=7; abandono de la familia=8; 4 y 5=9	2	78	12
Cambio de domicilio no deseado=1; otros=2; problemas jurídicos y/o policiales=3; discusión grave con los padres=4; abandonado por la pareja, infidelidad propia, y desengaño amoroso en general=5	2	79	13

e.- Ultimo contacto con un médico

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
Médico general	Menos de 1 semana=1; 1 a 4 semanas=3; 1 a 3 meses=5; 3 a 6 meses= 7; 6 meses a 1 año=9;	2	80	14
Psiquiatra	Menos de 1 semana=2; 1 a 4 semanas=4; 1 a 3 meses=6; 3 a 6 meses=8; 6 meses a 1 año=9	2	80	14

f.- Sentimientos próximos anteriores

Dolor intenso=1; dolor leve pero continuo e intratable=2; molestias somáticas que no respon den al tratamiento=3; molestias somáticas no tratadas=4; agotamiento insuperable=5; stress con tinuo e insoportable=6; 5 y 6=7; 1, 3, 5 y 6=8; 2 y 5=9	2	82	16
Fracaso existencial=1; frustración=2; inutilidad =3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; 1, 2 y 3=7; vacío interior=8; anestesia afectiva=9	2	83	17
Incapacidad para afrontar la vida, para luchar=1; incapacidad para cumplir sus obligaciones=2; incapa cidad para cumplir sus propó sitos=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; nada le interesaba=7; 1, 2 y 3=8; 1, 2 y 7=9;	2	84	18
Necesidad de hablar con al guien=1; necesidad de ayuda=2; necesidad de estima ción=3; 1 y 2=4; 2 y 3=5; 1 y 3 =6; 1, 2 y 3=7	2	85	19
Incomprensión=1; soledad=2; 2 tedio, hastío, aburrimiento=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; 1, 2 y 3=7	2	86	20

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
	Tristeza=1;desesperanza=2;ruina=3;1 y 2=4;1 y 3=5;2 y 3=6; 1,2 y 3=7	2	87	21
	Culpabilidad=1;odio o venganza hacia si mismo=2;odio o venganza hacia los demás=3; 1 y 2=4;1 y 3=5;2 y 3=6; 1,2 y 3=7	2	88	22
	Desplazado socialmente=1;desplazado familiarmente=2;desplazado laboralmente=3; 1 y 2=4;1 y 3=5; 2 y 3=6; 1,2 y 3=7	2	89	23
	Temor a la muerte=1; temor a la locura=2; amenaza de algún peligro grave=3;miedo incontrolable=4;1 y 2=5; 1 y 4=6; 2 y 4=7;3 y 4=8; 1, 2 y 4=9	2	90	24
	Ofendido,humillado=1; necesidad urgente de huir de la situación=2;desengaño o pérdida de la fé religiosa=3;1 y 2=4;1 y 3=5; 2 y 3=6; 1,2 y 3=7; otros=8;preocupado de que sufran por él=9	2	91	25

g.- Estudio de la tentativa actual

Fecha:día	0-31	2	69	1-2
Fecha:mes	0-12	2	70	3-4
Persona de quien partió la iniciativa fundamentalmente de acudir al médico	él mismo=1;cónyuge=2; padres,hermanos o hijos=3;otros familiares=4;amigos=5;sanitarios=6;autoridades públicas (policías, etc.)=7; otros (conocidos)=8; otros (desconocidos)=9; no acudió por la escasa gravedad de la tentativa=0	2	71	5

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICIÓN
Persona de quien partió la iniciativa secundaria-mente de acudir al médico	Id. variable 71	2	72	6
Nº de lesiones exploratorias previas autoinflingidas	0-9; 9 o más=9	2	73	7
Técnica utilizada	Id. variable 100 (golpes en la cabeza =0)	2	104	38
Avisos suicidas en tentativas anteriores y actuales	Nunca=0; siempre=1; (otros códigos reflejan el tanto por 10 de promedio)	2	105	39
Notas suicidas en tentativas anteriores y actuales	Id. variable 105	2	106	40
Sentimientos durante la tentativa	Miedo=1; confusión=2; serenidad=3; ira, rabia, un impulso=4; liberación=5; indecisión y/o inseguridad=6; culpa, remordimiento=7; no sentía nada=8; otros=9	2	92	26
Sentimientos inmediatamente posteriores a la tentativa principal	Frustración=1; desesperación=2; desengaño=3; abatimiento=4; culpa, arrepentimiento=5; miedo a morir=6; deseo de intentarlo de nuevo=7; sensación de haber hecho una tontería=8; otros=9	2	107	41
Id. secundario	Id. variable 107	2	107	42
Padece actualmente alguna enfermedad importante no psiquiátrica	si=1; no=0	1	047	59

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
Consumo de alcohol (en los últimos tres meses)	Id. variable 058	1	059	71
Consumo de hachís o marihuana (últimos tres meses)	Probar=5; 1 vez por semana=6; 1 vez al día o más=7	1	060	72
Consumo de fármacos no prescritos como estimulantes	Id. variable 060	1	061	73
Consumo de otras drogas	Id. variable 060	1	062	74
Variación del consumo de drogas (últimos tres meses)	Aumento=1; disminución=2; no varió=0	1	063	75
Diagnóstico principal	Depresión=1; trastorno de personalidad=2; toxicomanía=3; alcoholismo=4; esquizofrenia=5	1	067	79
Diagnóstico secundario	Id. variable 067	1	068	80
Procedencia	Procedente de urgencias=1; de consultas=2; ingresado en planta=3;	1	065	77
Situación	Hospitalizado en nuevas camas=1; en otras camas=2; ambulante=3;	1	064	76
Gravedad	Suicidio frustrado=1; tentativa frustrada=2; tentativa=3;	2	96	30
<u>h.- Sentimientos durante el día de la primera entrevista</u>				
	Decepción=1; decepción y deseos de intentar suicidarse de nuevo=2; alegría=3; indiferencia=4; 1 y 4=5; preocupación=6	2	109	43

Necesidad de ayuda=1; de comunicación=2; de estimación=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; 1,2 y 3 =7	2	110	44
Vergüenza=1; cobardía=2; desprecio de sí mismo=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3 =6; 1,2 y 3=7	2	111	45
Culpa, remordimiento=1; desesperación=2; cierta esperanza=3; desahogo=4; 1 y 2=5; 3 y 4=6; 1 y 3=7	2	112	46
Falta de motivos para vi vir=1; falta de fuerzas para vivir=2; encuentra motivos para vivir=3; encuentra fuerzas para vivir=4; 1 y 2=5; 3 y 4 =6; no se plantea el fu- turo=7; 2 y 3=8; 1,2 y 3=9	2	113	47
Incomprensión=1; soledad=2; 2 tristeza=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 2 y 3=6; 1,2 y 3=7	2	114	48
Cree que solo sirve para dañar a los demás=1; cree que hubiese sido mejor que no hubiese nacido=2; culpabi liza a la sociedad de lo que le ocurre=3; culpabili- za a otras personas=4; 3 y 4=5 1 y 2=6; 2 y 3=7; 2 y 4=8; 2,3 y 4=9;	2	115	49

1.- Actitud ante el tratamiento (Primera entrevista)

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO VARIABLE	POSICION
Considera el tratamiento psiquiá trico	inútil=1; cree que pue de ayudarlo=2; indife rencia=3; cree que puede ser molesto y/o perju- dicial=4	2	116 50

Acepta ser tratado por:	propia iniciativa, ya que cree en él=1; por propia iniciativa por que cree en la indicación del médico=2; por propia iniciativa, por por indicación de su familia=3; indiferente pero se lo aconsejó el médico=4; indiferente pero se lo aconsejó la familia=5; no cree pero se lo aconsejó el médico=6; no cree pero se lo aconsejó la familia=7; otros=8; no acepta=9	2	117	51
-------------------------	---	---	-----	----

Primera entrevista

Ganas y fuerzas para vivir	1 (mínimo) a 5 (máximo)	2	118	52
Esperanza y organización de futuro	1-5	2	119	53
Integración familiar	1-5	2	120	54
Integración social	1-5	2	121	55
Salud general	1-5	2	122	56
Trastorno psiquiátrico	1-5	2	123	57

D-3.3. ESTUDIO III: SEGUIMIENTO. El seguimiento también fué llevado a cabo en la citada unidad de suicidología del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, durante las sucesivas entrevistas en las que era atendido el paciente. El cuestionario es descrito a continuación:

CONCEPTO	CODIGO	REGISTRO	VARIABLE	POSICION
Tiempo de hospitalización	1 a 4 días=1; 5 a 9 días=2; 10 a 30 días=3; más de 1 mes=4; no hospitalizados=5	1	066	78

Tratamiento farmacológico	Solo lo toma mientras está hospitalizado=1; lo continúa pero lo interrumpe antes del alta médica=2; lo continúa hasta el alta médica=3; no hace=4; no se le recomienda=5	2	93	27
Tratamiento Psicoterapéutico	No vuelve=0; psicoterapia individual=1; psicoterapia de grupo=2; psicoterapia de familia=3; 1 y 2=4; 1 y 3=5; 1, 2 y 3=6	2	94	28
Tratamiento Psicoterapéutico	Lo interrumpe al dejar la hospitalización=1; lo interrumpe una vez está ambulante=2; lo continúa hasta el alta médica=3; lo continúa hasta el alta médica pero en otro centro=4 y 5; no ha acabado el seguimiento=6; no vuelve=0	2	95	29
Repetición de la conducta suicida	repite tentativa=1 consumación suicida=2; repite dos veces tentativa: una ingresado y otra durante la salida de fin de semana=3; no se sabe=9	3	166	20
Tiempo transcurrido entre la primera entrevista y la repetición de la tentativa	menos de 1 semana=1; menos de 15 días=2; menos de 22 días=3; menos de 29 días=4; 5 a 6 semanas=5; 6 a 7 semanas=7; más de 8 semanas=8; no se sabe=9	3	167	21
Reingresado por motivos no suicidas	no=0; si=1; 1 por tentativa y otro por no tentativa=2; no se sabe=9	3	168	22
<u>Antes de la primera semana</u>				
Ganas y fuerzas para vivir	1-5	2	124	58
Esperanza y organización de futuro	1-5	2	125	59
Integración familiar	1-5	2	126	60

Integración social	1-5	2	127	61
Salud general	1-5	2	128	62
Trastorno psiquiátrico	1-5	2	129	63

Antes de la segunda semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	2	130	64
Esperanza y organi- zación de futuro	1-5	2	131	65
Integración familiar	1-5	2	132	66
Integración social	1-5	2	133	67
Salud General	1-5	2	134	68
Trastorno psiquiátrico	1-5	2	135	69

Antes de la tercera semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	2	136	70
Esperanza y organi- zación de futuro	1-5	2	137	71
Integración familiar	1-5	2	138	72
Integración social	1-5	2	139	73
Salud General	1-5	2	140	74
Trastorno psiquiátrico	1-5	2	141	75

Antes de la cuarta semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	2	142	76
Esperanza y organi- zación de futuro	1-5	2	143	77

Integración familiar	1-5	2	144	78
Integración social	1-5	2	145	79
Salud general	1-5	2	146	80
Trastornos psiquiátricos	1-5	3	147	1

Antes de la sexta semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	3	148	2
Esperanza y organización de futuro	1-5	3	149	3
Integración familiar	1-5	3	150	4
Integración social	1-5	3	151	5
Salud general	1-5	3	152	6
Trastornos psiquiátricos	1-5	3	153	7

Antes de la octava semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	3	154	8
Esperanza y organización de futuro	1-5	3	155	9
Integración familiar	1-5	3	156	10
Integración social	1-5	3	157	11
Salud general	1-5	3	158	12
Trastornos psiquiátricos	1-5	3	159	13

Antes de la doceava semana

Ganas y fuerzas para vivir	1-5	3	160	14
Esperanzas y or- ganización de futuro	1-5	3	161	15
Integración familiar	1-5	3	162	16
Integración social	1-5	3	163	17
Salud general	1-5	3	164	18
Trastornos psiquiátricos	1-5	3	165	19

D-4.- ANALISIS DE LOS DATOS: En el análisis por poblaciones se realiza una prueba matemática de χ^2 para ver la significación de asociación en grupos de dos variables, es decir, de dos poblaciones comparadas. En la hipótesis de independencia, se propone que la proporción de individuos de cada clase (distintas contestaciones al ítem en análisis) del estado en estudio de carácter A (casos con tentativa de suicidio) es la misma que para las clases que determinan el estado del estudio del carácter B (suicidios frustrados). Como los resultados no suelen coincidir exactamente, esta fluctuación puede ser debida al azar y no implicar el rechazo de la hipótesis. Para determinar si las diferencias observadas son significativas o no, se realiza el test estadístico referido, según la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_i - N_{pi})^2}{N_{pi}}$$

(N= tamaño de la población; F_i = frecuencias observadas; P=probabilidad técnica; N_{pi} = frecuencias teóricas).

El valor de χ^2 obtenido se compara con las tablas estructuradas del test para los grados de libertad existentes y el nivel de significación que previamente se haya establecido. Se llama nivel de significación (α) a la probabilidad que se tiene de rechazar la hipótesis, siendo esta verdadera. $\alpha=0.05$ indica que en el 5% se comete error. En nuestro estudio hemos utilizado niveles de significación superiores al 95% de probabilidad, que corresponden al 5% de significación.

Utilizando el programa 4F de B.M.D.P. (Ucla, 1981) se tabulan los datos en tablas de cuádruple entrada, realizando un examen multicéntrico, utilizando el modelo de regresión logística descrito en los libros BISHOP (1975), CIENBERG (1977) y PLACKETT (1974) según la fórmula simplificada siguiente, aplicable para tablas de doble entrada:

$$\ln C_{ij} = \alpha_i + B_j + K$$

$$(\alpha_i = \ln R_i; B_j = \ln C_j; K = \ln N)$$

El programa selecciona los modelos logísticos más apropiados y genera un test de ajuste de cada modelo. Permite controlar las interacciones con instrucciones simples. Realiza test de independencia para explicar las frecuencias observadas en la mayor parte de las casillas, permitiendo incluso, en un paso a paso, elegir las casillas que más contribuyen al modelo, lo que ayuda para identificar patrones concretos o características inusuales en los datos.

E.- RESULTADOS

E-1. ESTUDIO I: SUICIDIOS CONSUMADOS:

E.1.1. INCIDENCIA. Encontramos durante el año 1984, un total de 284 suicidios consumados en la ciudad de Madrid para una población de 3.158.821 habitantes, lo que supone una tasa anual de 8,99 suicidios por cada 100.000 habitantes (Tabla 1).

Dividiendo la muestra en razón del sexo (Tabla 1), encontramos que de los 284 suicidios citados, 189 fueron realizados por varones y 95 por mujeres, con lo que ajustando esta cifra a las poblaciones respectivas hallamos una tasa anual de 12,65 por 100.000 habitantes para los hombres y una tasa de 5,71 para las mujeres. Por tanto, la relación de suicidios por sexos sería superior al 2/1 a favor de los varones, exactamente de 2,2154/1.

	Nº	POBLACION	TASA ANUAL POR 100.000 HABIT.
HOMBRES	189	1.494.147	12,65
MUJERES	95	1.494.674	5,71
TOTAL	284	3.158.821	8,99

TABLA 1.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

E-1.2 DEMOGRAFIA

E-1.2.1. Edad. Si dividimos la muestra en razón de la edad y ajustamos los datos a la población que corresponden (Tabla 2) hallaremos que ningún suicidio fué realizado por los menores de 15 años, y que la tasa para los adolescentes (de 15 a 19 años) es de 4,47, la más baja de todos los grupos de edad analizados.

Las tasas de suicidio aparecen más altas a partir de los 60 años, y especialmente a partir de los 75 con cifras de 25,50 para el grupo de 75 a 79, de 37,69 para el de 80 a 84 y de 30,25 para el de mayores de 84 años.

La tasa obtenida entre los suicidas de 75 a 79 resulta ser mayor del cuádruplo de la de la población general, y casi ocho veces superior a la tasa de la población comprendida entre los 15 y 19 años. Si descontamos del total la población correspondiente a los menores de 15 años, ya que entre ellos no se consumió ningún suicidio, la tasa anual total de suicidios se convertiría en 11,40 por cada 100.000 habitantes.

GRUPOS DE EDAD	Nº	POBLACION	TASA ANUAL POR 100.000 HABITANTES
0 a 14	0	729.968	0
15 a 19	14	292.704	4,78
20 a 24	22	254.778	8,63
25 a 29	14	193.397	7,24
30 a 34	24	194.430	12,34
35 a 39	21	190.362	11,03
40 a 49	14	187.803	7,45
45 a 49	14	217.055	6,45
50 a 54	22	212.761	10,34
55 a 59	17	186.615	9,11
60 a 64	32	144.674	22,12
65 a 69	28	128.898	21,72
70 a 74	17	98.424	17,27
75 a 79	17	66.669	25,50
80 a 84	14	37.143	37,69
85 y más	7	23.140	30,25
TOTAL	284	3.158.821	8,99
TOTAL PARA MAYORES DE 14 AÑOS	277	2.428.853	11,40

TABLA 2.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984

E-1.2.2.Sexo. Agrupando la muestra en razón de la edad y el sexo (Tabla 3), encontramos entre los hombres una tasa de 90,25 entre los de edad comprendida entre los 80 y 84 años, que resulta ser diez veces superior a la de la población general, y que nos dice que uno de cada mil hombres de esta edad se suicida en Madrid cada año.

Los otros grupos de edad más afectados entre los varones serían los mayores de 84 años, con una tasa de 49,80, los de edad comprendida entre los 60 y 64 años, con una tasa de 38,42 y los de 75 a 79 años, con una tasa de 37,76.

Entre las mujeres, la tasa más alta aparece en el grupo de 65 a 69 años, con una tasa de 25,36 aproximadamente cinco veces superior a la general para el sexo femenino. Resulta curioso que 9 de los 19 suicidios hallados dentro de este grupo correspondan a una edad de 66 años, que destacaría como la más rica en suicidios para las mujeres dentro de nuestra muestra, y con una tasa de 58,15 por 100.000, es decir, diez veces superior a la global de mujeres.

Los otros grupos de edad más afectados entre las mujeres serían el de las mayores de 84 años, con una tasa de 23,37, y el de las de 75 a 79 años, con una tasa de 18,68. En general, las

tasas aumentan a partir de los 60 años entre las mujeres, si bien el periodo de los 30 a los 39 años no deja de tener su importancia. La tasa más baja no se halla entre las adolescentes, sino entre las de edad comprendida entre los 25 a 29 años.

Comparando ambos sexos, en relación a la edad, observamos como la relación 2,2/1 de la población general se modifica notablemente en algunos grupos de edad. Así, se inclina más hacia los varones en los grupos de 25 a 29 años, que es de 14/1 y en los de 20 a 24 años, 55 a 59 y 80 a 84 que es aproximadamente de 6/1. La relación se invierte en el grupo de 65 a 69 años, ya que resulta ser de 1/5 a favor de las mujeres.

Si establecemos los grupos de edad por decenios para evitar la dispersión estadística (Tabla 4) vemos como las tasas de suicidio se van incrementando en relación con la edad más avanzada, hecho que resulta totalmente constatado al hacer la agrupación por asociaciones de 15 años (Tabla 5 y Tabla 6).

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x 100.000
0 a 14	0	374.683	0	0	355.285	0	0	729.968	0
15 a 19	9	148.306	6,07	5	144.396	3,46	14	292.704	4,78
20 a 24	19	128.471	14,79	3	126.307	2,38	22	254.778	8,63
25 a 29	13	93.534	13,90	1	99.864	1,00	14	193.397	7,24
30 a 34	15	90.157	16,64	9	104.273	8,63	24	194.430	12,34
35 a 39	13	89.063	14,60	8	101.300	7,90	21	190.362	11,03
40 a 44	8	87.214	9,17	6	100.589	5,96	14	187.803	7,45
45 a 49	11	102.782	10,70	3	114.272	2,63	14	217.055	6,45
50 a 54	17	99.455	17,09	5	113.306	4,41	22	212.761	10,34
55 a 59	14	85.377	16,40	3	101.238	2,96	17	186.615	9,11
60 a 64	24	62.467	38,42	8	82.207	9,73	32	144.674	22,12
65 a 69	9	53.904	16,70	19	74.993	25,36	28	128.898	21,72
70 a 74	11	37.792	29,11	6	60.633	9,90	17	98.424	17,27
75 a 79	9	23.834	37,76	8	42.834	18,68	17	66.669	25,50
80 a 84	10	11.080	90,25	4	26.063	15,35	14	37.143	37,69
85 y más	3	6.024	49,80	4	17.116	23,37	7	23.140	30,25
No se sabe	4	-	-	3	-	-	7	-	-
TOTAL	189	1.494.147	12,65	95	1.664.674	5,71	284	3.158.821	8,99

TABLA 3.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE EL AÑO 1.984.

tasas aumentan a partir de los 60 años entre las mujeres, si bien el periodo de los 30 a los 39 años no deja de tener su importancia. La tasa más baja no se halla entre las adolescentes, sino entre las de edad comprendida entre los 25 a 29 años.

Comparando ambos sexos, en relación a la edad, observamos como la relación 2,2/1 de la población general se modifica notablemente en algunos grupos de edad. Así, se inclina más hacia los varones en los grupos de 25 a 29 años, que es de 14/1 y en los de 20 a 24 años, 55 a 59 y 80 a 84 que es aproximadamente de 6/1. La relación se invierte en el grupo de 65 a 69 años, ya que resulta ser de 1/5 a favor de las mujeres.

Si establecemos los grupos de edad por decenios para evitar la dispersión estadística (Tabla 4) vemos como las tasas de suicidio se van incrementando en relación con la edad más avanzada, hecho que resulta totalmente constatado al hacer la agrupación por asociaciones de 15 años (Tabla 5 y Tabla 6).

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x 100.000
0 a 14	0	374.683	0	0	355.285	0	0	729.968	0
15 a 19	9	148.306	6,07	5	144.396	3,46	14	292.704	4,78
20 a 24	19	128.471	14,79	3	126.307	2,38	22	254.778	8,63
25 a 29	13	93.534	13,90	1	99.864	1,00	14	193.397	7,24
30 a 34	15	90.157	16,64	9	104.273	8,63	24	194.430	12,34
35 a 39	13	89.063	14,60	8	101.300	7,90	21	190.362	11,03
40 a 44	8	87.214	9,17	6	100.589	5,96	14	187.803	7,45
45 a 49	11	102.782	10,70	3	114.272	2,63	14	217.055	6,45
50 a 54	17	99.455	17,09	5	113.306	4,41	22	212.761	10,34
55 a 59	14	85.377	16,40	3	101.238	2,96	17	186.615	9,11
60 a 64	24	62.467	38,42	8	82.207	9,73	32	144.674	22,12
65 a 69	9	53.904	16,70	19	74.993	25,36	28	128.898	21,72
70 a 74	11	37.792	29,11	6	60.633	9,90	17	98.424	17,27
75 a 79	9	23.834	37,76	8	42.834	18,68	17	66.669	25,50
80 a 84	10	11.080	90,25	4	26.063	15,35	14	37.143	37,69
85 y más	3	6.024	49,80	4	17.116	23,37	7	23.140	30,25
No se sabe	4	-	-	3	-	-	7	-	-
TOTAL	189	1.494.147	12,65	95	1.664.674	5,71	284	3.158.821	8,99

TABLA 3.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE EL AÑO 1.984.

GRUPOS DE	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
EDAD	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000
0 a 14	0	374.683	0	0	355.285	0	0	729.968	0
15 a 24	28	276.777	19,12	8	270.703	2,96	36	547.482	6,58
25 a 34	28	183.691	15,24	10	204.137	4,90	38	387.827	9,80
35 a 44	21	176.277	11,91	14	201.889	6,93	35	378.165	9,26
45 a 54	28	202.237	13,85	8	227.578	3,52	36	429.816	8,38
55 a 64	38	147.844	25,70	11	183.445	6,00	49	331.289	14,79
65 a 74	20	91.696	21,81	25	135.626	18,43	45	227.322	19,80
75 y más	22	40.938	53,74	16	86.013	18,60	38	126.952	29,93
No se sabe	4	-	-	-	-	-	7	-	-
TOTAL	189	1.494.147	12,65	95	1.664.674	5,71	284	3.158.821	8,99

TABLA 4.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE EL AÑO 1.984.

GRUPOS DE	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
EDAD	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000
0 a 14	0	374.683	0	0	355.283	0	0	729.968	0
15 a 29	41	370.311	11,07	9	370.567	2,43	50	740.879	6,75
30 a 44	36	266.434	13,51	23	306.162	7,51	59	572.595	10,30
45 a 59	42	287.614	14,60	11	328.816	3,35	53	616.431	8,60
60 a 74	44	154.163	28,54	33	217.833	15,15	77	371.996	20,70
75 y más	22	40.938	53,74	16	86.013	18,60	38	126.952	29,93
No se sabe	4	-	-	3	-	-	7	-	-
TOTAL	189	1.494.147	12,65	95	1.664.674	5,71	284	3.158.821	8,99

TABLA 5.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL x100.000	Nº	POBLACION	TASA ANUAL 100.000
1 a 14 niños	0	374.683	0	0	355.285	0	0	729.968	0
15 a 20 jóvenes	41	370.311	11,07	9	370.567	2,43	50	740.879	6,75
30 a 59 madurez	78	554.048	14,08	34	634.978	5,35	112	1.189.026	9,42
60 y más Tercera edad	66	195.101	33,83	49	303.846	16,13	115	498.948	23,05
No se sabe	4	-	-	3	-	-	7	-	-
TOTAL	189	1.494.147	12,65	95	1.664.674	5,71	284	3.158.821	8,99

TABLA 6.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

Vemos entonces, como la tasa de suicidios de las personas de edad avanzada (60 y más años) es 3,5 veces superior a la de los jóvenes (entre 15 y 29 años). Por sexos, entre los hombres, es 3 veces superior y entre las mujeres 6,5 veces superior.

La relación 2,2/1 a favor de los varones respecto de las mujeres, se ve notablemente incrementado en los primeros entre las poblaciones más jóvenes (de 15 a 29 años), ya que entre éstos se dobla alcanzando la cifra de 4,5/1 (Tabla 7).

RELACION DE TASA DE SUICIDIOS
ANUALES POR 100.000 HABITANTES
HOMBRES/MUJERES

15 a 29 años	4,55
30 a 59 años	2,63
60 años y más	2,10
TOTAL	2,22

TABLA 7.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRIA DURANTE
1.984.

E.1.3.OTROS FACTORES DE RIESGO:

E.1.3.1Estructura familiar. Si apuntamos los datos sobre estado civil a la población correspondiente de cada grupo (Tabla nº 8), observamos una mayor tasa de suicidios anuales por 100.000 habitantes entre los viudos (12,22), seguidos de los casados (7,43), solteros (3,22) y divorciados y/o separados (3,07). Relación que se mantiene en razón del sexo excepto para los hombres divorciados y/o separados (8,00), dato no valorable, ya que a pocos separados que hubiere dentro del grupo "no se sabe", variaría notablemente la tasa, dado el escaso número de población a que se refiere.

Por otro lado, no hay que olvidar que en la población de solteros se ha incluido a los menores de 15 años, con lo que la tasa entre estos, así obtenida es menor que la real. Si por tanto, quitamos la población menor de 15 años (Tabla nº 9) vemos como la tasa de suicidios entre casados y solteros se aproxima hasta hacerse casi equivalente; también al dividir la muestra en razón del sexo.

El valor más aproximado de tasas de suicidio por 100.000 habitantes lo hallaríamos repartiendo los casos "no se sabe", muy numerosos, como ya hemos dicho (y por tanto los resultados son de escaso valor), en la misma proporción que la obtenida entre los casos de estado civil determinado (Tabla nº 10). Observamos una tasa aproximada de 19,42 entre los viudos, seguidos de los casados (11,81) y solteros (9,78). Al dividir estos datos en razón del sexo, vemos como la tasa es especialmente elevada entre las viudas mientras que entre casadas y solteras las tasas son algo más bajas de lo esperado en relación con las tasas de los varones (la muestra global presenta una relación de 2,2/1 y la relación entre casados es 2,7/1).

ESTADO	HOMBRES				MUJERES				TOTAL			
CIVIL	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA
Casados	74	39,15	702.052	10,54	30	31,58	697.293	4,30	104	36,62	1.399.349	7,43
Solteros	33	17,46	746.150	4,42	16	16,34	776.057	2,06	49	17,25	1.522.207	3,22
Viudos	7	3,70	33.450	20,93	18	18,95	171.198	10,51	25	8,80	204.648	12,22
Divorcias, etc.	1	0,53	12.496	8,00	0	0	20.122	0	1	0,35	32.618	3,07
No se sabe	74	39,15	-	-	31	32,63	-	-	105	36,97	-	-
TOTAL	189	100	-	-	95	100	-	-	284	100	-	-

TABLA Nº 8.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

ESTADO	HOMBRES				MUJERES				TOTAL			
CIVIL	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA
Casados	74	39,15	701.107	10,55	30	31,58	696.305	4,31	104	36,62	1.397.412	7,44
Solteros	33	17,46	372.618	8,86	16	16,34	421.762	3,79	49	17,25	794.380	6,17
Viudos	7	3,70	33.245	21,06	18	18,95	171.198	10,51	25	8,80	204.443	12,23
Divorcias, etc.	1	0,53	12.496	8,00	0	0	20.122	0	1	0,35	32.618	3,07
No se sabe	74	39,15	-	-	31	32,63	-	-	105	16,97	-	-
TOTAL	189	100	-	-	95	100	-	-	184	100	-	-

TABLA Nº 9.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984

ESTADO CIVIL	HOMBRES				MUJERES				TOTAL			
	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA
Casados	121,6	64,35	701.107	17,34	44,5	46,88	696.305	6,39	165	58,10	1.397.412	11,81
Solteros	54,2	28,70	372.618	14,55	23,8	25,00	421.762	5,64	77,7	27,37	794.380	9,78
Viudos	11,5	6,09	33.245	34,59	26,7	28,13	171.198	15,60	39,7	13,97	204.443	19,42
Divorciados etc.	1,6	0,87	12.496	12,80	0	0	20.122	0	1,6	0,56	32.618	4,91
TOTAL	189	100	-	-	95	100	-	-	284	100	-	-

TABLA Nº 10.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

Si dividimos la muestra según la edad y el estado civil (Tabla nº 11) vemos que resulta necesario hacer un estudio en relación con las cifras de población que corresponden a cada subgrupo (Tabla Nº 12). Repartiendo proporcionalmente los "no se sabe" según los resultados de los casos conocidos y ajustando los datos a las respectivas cifras de población, observamos (Tabla Nº 12) entre los jóvenes (15 a 25 años) que los solteros presentan una tasa de suicidios (7,14) que duplica a la de los casados de su misma edad (3,60). También entre los de edad intermedia (26 a 64 años), los solteros presentan una tasa (13,69) más elevada que los casados (9,46). El grupo de población que da lugar a que en las cifras totales aparezca una tasa más alta en casados que en solteros, es la de los mayores de 64 años, con una tasa de 30,12 en los casados. Esta

ESTADO	15 a 25		26 a 64		65 y más		TOTAL	
CIVIL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casados	2	8,00	68	73,91	32	53,33	102	57,63
Solteros	23	92,00	20	21,74	6	10,00	49	27,68
Viudos	0	0	4	4,35	21	35,00	25	14,12
Separados, etc.	0	0	0	0	1	1,67	1	0,56
TOTAL	25	100	92	100	60	100	177	100

(No se sabe la edad=7; No se sabe el estado civil=105; Total=284).

TABLA Nº 11.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1984.

elevada tasa en proporción a la de los solteros (21,76) se puede deber a que la población mayoritaria en este grupo de edad pertenece al sexo masculino (Tabla nº 13), por el contrario que los solteros de estas edades.

ESTADO CIVIL (Mayores de 64 años)	POBLACION (Nº)		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Solteros	8.354	35.758	44.112
Casados	100.752	69.231	169.983

TABLA Nº 13.- POBLACION DE LA CIUDAD DE MADRID SEGUN SEXO Y ESTADO CIVIL ENTRE LOS MAYORES DE 64 AÑOS (1981).

ESTADO	15 a 25 años				26 a 64 años				65 años y más				T O T A L			
CIVIL	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA	Nº	%	POBLACION	TASA
Casados	3,20	8,00	88.784	3,60	109,39	73,91	1.156.695	9,46	51,20	53,33	169.983	30,12	163,79	57,63	1.415.462	11,5
Solteros	36,80	92,00	515.204	7,14	32,18	21,74	235.068	13,69	9,60	10,00	44.112	21,76	78,58	27,68	794.384	9,8
Viudos	0	0	1.108	0	6,44	4,35	66.308	9,71	33,60	35,00	136.463	24,62	40,04	14,12	203.879	19,6
Divor- ciados y/o se- parados	0	0	2.520	0	0	0	26.381	0	1,60	1,67	2.465	64,91	1,60	0,56	31.366	5,1
TOTAL	40	100	607.616	6,58	148	100	1.484.452	9,97	96	100	353.023	284	100	2.445.091	11,6	

TABLA Nº 12.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

Las viudas de edad intermedia (26 a 64 años) presentan una tasa (9,71) inferior a la de los solteros de la misma edad (13,69); y los viudos de más de 64 años, una tasa que, aunque elevada (24,62) es inferior a la de los casados de la misma edad (30,12). Sin embargo, la tasa para los viudos de todas la edades (19,64) supera ampliamente a la de los solteros (9,89) y casados (11,57).

E-1.3.2. Estaciones. Periodo del año. Día de la semana. La estación del año durante la cual se consumó un mayor número de suicidios fué la primavera (abril, mayo y junio), seguida del verano (julio, agosto y septiembre), invierno (enero, febrero y marzo) y otoño (octubre, noviembre y diciembre). (Tabla nº 14). Las diferencias son de escasa importancia y no varían prácticamente en la distribución por sexos (Tabla nº 14). En la distribución por edades (Tabla nº 15) vemos como ésta es mucho más homogénea entre los mayores de 59 años, mientras que en los restantes grupos de edad se conserva una mayor frecuencia durante los meses primaverales.

Al dividir la muestra entre los meses del año (Tabla nº 16), vemos que fué durante el mes de Junio cuando se consumaron más suicidios (13,73%), seguido del de Julio (10,56%) y enero (9,15%). El mes de agosto fue, el más escaso en suicidios (5,99%) posiblemente debido a que gran parte de la población se hallaba de vacaciones fuera de la capital; esta cifra para el mes de Agosto

es aún más baja para las mujeres (4,21%); las cuales presentan sus frecuencias más elevadas durante los meses de Julio (14,74) y enero (12,63). Entre los varones solamente destaca el mayor número de suicidios registrados durante el mes de Junio (15,87%).

Al estudiar la frecuencia en cada uno de los meses del año según la edad (Tabla n° 17) observamos que la frecuencia elevada del mes de Junio corresponde a los menores de 40 años (18,95%) y a los de 40 a 59 años (14,93%), pero no a los de mayor edad. Se observa una frecuencia elevada durante el mes de agosto entre las edades de 40 a 59 años (13,43%) que contrasta con la escasa cifra de los menores de 40 años (3,16%) y los mayores de 59 años (4,35%).

El día de la semana durante el cual se consumó un mayor número de suicidios fué el miércoles (16,90%) y durante el que menos fué el sábado (11,97%). Como vemos (Tabla n° 18) las diferencias son muy escasas. Teniendo en cuenta el sexo (Tabla n° 18) se observa en las mujeres una mayor frecuencia de suicidios durante los lunes (20%), durante los cuales se duplica ampliamente la frecuencia de los sábados (8,42%). En contraste, el lunes es el día de la semana en que se suicidaron menos hombres (12,70%).

	HOMBRES		MUJERES		(ambos sexos) TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENERO	14	7,41	12	12,63	26	9,15
FEBRERO	12	6,35	6	6,32	18	6,34
MARZO	14	7,41	7	7,37	21	7,39
ABRIL	15	7,94	9	9,47	24	8,45
MAYO	16	8,47	6	6,32	22	7,75
JUNIO	30	15,87	9	9,47	39	13,73
JULIO	16	8,47	14	14,74	30	10,56
AGOSTO	13	6,88	4	4,21	17	5,99
SEPTIEMBRE	18	9,52	7	7,37	25	8,80
OCTUBRE	13	6,88	7	7,37	20	7,04
NOVIEMBRE	13	6,88	7	7,37	20	7,04
DICIEMBRE	15	7,94	7	7,37	22	7,75

TABLA Nº 16.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

	Menores de 40 años		40-59 años		Más de 59 años		No se sabe
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ENERO	10	10,53	5	7,46	10	8,70	1
FEBRERO	5	5,26	5	7,46	7	6,09	1
MARZO	6	6,32	5	7,46	10	8,70	0
ABRIL	7	7,37	6	8,96	10	8,70	1
MAYO	6	6,32	5	7,46	10	8,70	1
JUNIO	18	18,95	10	14,93	11	9,57	0
JULIO	12	12,63	6	8,96	12	10,43	0
AGOSTO	3	3,16	9	13,43	5	4,35	0
SEPTIEMBRE	10	10,53	3	4,48	11	9,57	1
OCTUBRE	5	5,26	3	4,48	12	10,43	0
NOVIEMBRE	6	6,32	4	5,97	8	6,96	2
DICIEMBRE	7	7,37	6	8,96	9	7,83	0
TOTAL	95	100	67	100	115	100	7

TABLA Nº 17.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

DIAS DE LA SEMANA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LUNES	24	12,70	19	20,00	43	15,14
MARTES	26	13,76	17	17,89	43	15,14
MIÉRCOLES	33	17,46	15	15,79	48	16,90
JUEVES	27	14,29	16	16,84	43	15,14
VIERNES	27	14,29	10	10,53	37	13,03
SABADO	26	13,76	8	8,42	34	11,97
DOMINGO	26	13,76	10	10,53	36	12,68

TABLA Nº 18.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID
DURANTE 1.984.

Distribuyendo por grupos de edad (TABLA nº 19) no se observan diferencias relevantes. En el grupo de 40 a 59 años destaca una mayor frecuencia durante los miércoles (20,90%) en contraposición a los sábados (5,97%). En el de mayores de 59 años, el lunes es el día en que se registró un número de suicidios ligeramente superior (18,26%).

DIAS DE LA SEMANA	Menores de 40 años		40-59 años		Más de 59 años		No se sabe
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
LUNES	16	16,84	6	8,96	21	18,26	0
MARTES	16	16,84	10	14,93	15	13,04	2
MIÉRCOLES	13	13,68	14	20,90	18	15,65	3
JUEVES	15	15,79	13	19,40	14	12,17	1
VIERNES	10	10,53	8	11,94	19	16,52	0
SÁBADO	14	14,74	4	5,97	15	13,04	1
DOMINGO	11	11,58	12	17,91	13	11,30	0
TOTAL	95	100	67	100	115	100	7

TABLA Nº 19.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1984.

E-1.4. CLÍNICA:

E-1.4.1. Técnica. La técnica más utilizada (Tabla nº 20) fué la precipitación (48,94% del total), seguida de la ahorcadura por suspensión (16,20%), de la intoxicación (11,62%) y del uso de armas de fuego (11,62%).

Entre los hombres, tras la precipitación (40,21%), la ahorcadura por suspensión (20,11%) y las armas de fuego (16,40%) fueron las técnicas más usadas; mientras que en las mujeres destaca tras la precipitación (66,32%), la intoxicación (16,84%) y la ahorcadura por suspensión (8,42%). Comparando ambos sexos, se observa como la ahorcadura y las armas de fuego son técnicas más usadas por los hombres, mientras que la intoxicación es más utilizada por las mujeres.

Dentro de las intoxicaciones, los tóxicos más utilizados (TABLA n° 21 y Tabla n° 22) fueron los psicofármacos (35%), seguidos del gas (17,50%); no siendo escasas las intoxicaciones producidas por asociaciones de fármacos con alcohol (10%) o drogas (7,50%).

./.



	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Intoxicación	17	8,99	16	16,84	33	11,62
Arma de fuego	31	16,40	2	2,11	33	11,62
Arma blanca	7	3,70	0	0	7	2,46
Suspensión	38	20,11	8	8,42	46	16,20
Precipitación	76	40,21	63	66,32	139	48,94
Ferrocarril	6	3,17	2	2,11	8	2,82
Metro	6	3,17	2	2,11	8	2,82
Quemaduras	2	1,06	0	0	2	0,70
Inmersión	6	3,17	2	2,11	8	2,82
TOTAL	189	100	95	100	284	100

TABLA Nº 20.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID
DURANTE 1.984.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LEJIA O DETERGENTES	1	4,35	2	11,6	3	7,50
PSICOFARMACOS	7	30,43	7	41,8	14	35,00
FARMACOS CON ALCOHOL	2	8,70	2	11,6	4	10,00
GAS	3	13,04	4	23,3	7	17,50
HEROINA	3	13,04	0	0	3	7,50
CIANURO	1	4,35	0	0	1	2,50
FARMACOS CON DROGAS	2	8,70	1	5,88	3	7,50
CAUSTICOS	2	8,70	0	0	2	5,00
TOTAL	23	100	17	100	40	100

TABLA Nº 21.- TOXICOS PRESENTES EN SUICIDAS EN LA CIUDAD DE MADRID. 1984.

TOXICOS	15-25 años		26-64 años		65 y más		TOTAL edades	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LEJIA O DETERGENTES	0	0	1	4,17	1	16,67	2	5,26
PSICOFARMACOS	3	37,5	8	33,33	3	50,00	14	36,83
FARMACOS CON ALCOHOL	0	0	2	8,33	1	16,67	3	7,89
GAS	1	1,25	6	25,00	0	0	7	18,42
HEROINA	2	2,50	1	4,17	0	0	3	7,89
CIANURO	0	0	1	4,17	0	0	1	2,63
FARMACOS CON DROGAS	1	1,25	1	4,17	1	16,67	3	7,89
CAUSTICOS	1	1,25	2	8,33	0	0	3	7,89
ALCOHOL	0	0	2	8,33	0	0	2	5,26
T O T A L	8	100	24	100	6	100	38	100

TABLA Nº 22.- TOXICOS PRESENTES EN SUICIDAS EN LA CIUDAD DE MADRID
DURANTE 1984.

Comparando la técnica con la edad (Tabla nº 23) vemos como la precipitación es la técnica utilizada con mayor frecuencia, especialmente en las personas de mayor edad (mayores de 60 años). La intoxicación es más frecuente entre los más jóvenes (de 15 a 29 años) y la ahorcadura por suspensión es más utilizada en las edades intermedias (30 a 59 años). Respecto de la técnica utilizada en relación con el estado civil (Tabla nº 24), entre los solteros se usan con mayor frecuencia las armas de fuego, y la precipitación es mucho más frecuente entre los viudos. No obstante, los datos ofrecen una escasa fiabilidad, ya que en más de una tercera parte de la muestra (105 casos) no constataba el estado civil del fallecido.

TECNICA	EDAD (Años)									
	15 a 29		30 a 59		60 y más		No se sabe la edad	TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	
Intoxicación	9	18,00	13	11,61	3	2,61	1	26	9,15	
Arma de fuego	8	16,00	16	14,29	9	7,83	0	33	11,62	
Arma blanca	0	0	3	2,68	3	2,61	1	7	2,46	
Suspensión	7	14,00	28	25,00	10	8,70	1	46	16,20	
Precipitación	20	40,00	39	34,82	77	66,96	3	139	48,94	
Metro y Ferrocarril	5	10,00	6	5,36	5	4,35	0	16	5,63	
Quemaduras	1	2,00	1	0,89	0	0	0	2	0,70	
Inmersión	0	0	6	5,36	8	6,96	1	15	5,28	
TOTAL	50	100	112	100	115	100	7	284	100	

TABLA Nº 23.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

TECNICA SUICIDA	CASADOS		SOLTEROS		VIUDOS		TOTAL (entre los hallados)		No se be e- tado vil
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Intoxicación	10	9,62	5	10,20	2	8,00	17	11,11	10
Arma de fuego	12	11,54	11	22,45	0	0	23	15,03	11
Arma blanca	3	2,88	0	0	0	0	3	1,96	-
Suspensión	20	19,23	9	18,37	1	4,00	30	19,61	10
Precipitación	50	48,08	18	36,73	19	76,00	87	56,86	51
Ferrocarril y metro	6	5,77	4	8,16	2	8,00	12	7,84	-
Quemaduras	1	0,96	0	0	0	0	1	0,65	1
Inmersión	2	1,92	2	4,08	1	4,00	5	3,27	3
TOTAL	104	100	49	100	25	100	153	100	100

TABLA Nº 24.- SUICIDIOS CONSUMADOS EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

E-1.4.2. Lugar donde se realiza el suicidio : La mayoría de los suicidios se realizan en el propio domicilio (Tabla nº 25), ya que más de un 40% procedía de éste. Fueron muy pocos los suicidios realizados en lugares públicos exteriores, (calles, carreteras, ríos, estanques, parques, metro, ferrocarril, etc...) , especialmente entre las mujeres, aunque hay que considerar que un elevado número de casos fueron trasladados a hospitales (26,41%) y en un 10,56% no se especifica si estaban ingresados ya en ellos, o fueron trasladados al hospital tras realizar el suicidio, con lo que el lugar donde el suicidio fué llevado a cabo queda indeterminado. Más de un 8,5% de las mujeres se suicidaron durante un ingreso hospitalario (8,42%, al que hay que añadir una parte del 9,47% de casos mal especificados).

Relacionando el lugar de procedencia con la edad (Tabla nº 26), se observa como a mayor número de años se realiza un mayor número de suicidios. Los suicidios no son demasiado infrecuentes dentro del medio hospitalario en el grupo de 35 a 64 años con un 8,33% del total al que hay que añadir una parte desconocida del 8,33% de los casos indeterminados, con lo que aproximadamente hay que pensar que uno de cada diez suicidios de este grupo de edad se realiza por personas ingresadas en hospitales.

LUGAR DE PROCEDENCIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lugar público (exterior)	24	12,70	7	7,37	31	10,92
Domicilio Particular	79	41,80	40	42,11	119	41,90
Otro domicilio privado	4	2,12	3	3,16	7	2,46
Asilo	1	0,53	2	2,11	3	1,06
Hospital (en donde ingreso tras el acto suicida)	49	25,93	26	27,37	75	26,41
Hospital (en don- de realizó el ac- to suicida)	7	3,70	8	8,42	15	5,28
Hospital (no se determina si in- gresó antes o des- pués de realizar el acto suicida)	21	11,11	9	9,47	30	10,56
Otros	4	2,12	0	0	4	1,41
TOTAL	189	100	95	100	284	100

TABLA Nº 25.- PROCEDENCIA DE LOS CADAVERES INGRESADOS EN LA I.A.F.
DE MADRID TRAS SUICIDIO CONSUMADO EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE
1984.

LUGAR DE PROCEDENCIA	15 a 34 años		35 a 64 años		65 y más años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lugar público (exterior)	7	9,46	18	15,00	4	4,82	29	10,47
Domicilio particular	25	33,78	51	42,50	39	46,99	115	41,52
Otro domicilio privado	3	4,05	3	2,50	0	0	6	2,17
Asilo	0	0	1	0,83	2	2,41	3	1,08
Hospital (en donde ingresó tras el acto suicida)	24	32,43	26	21,67	25	30,12	75	27,08
Hospital (en donde realizó el acto suici da)	1	1,35	10	8,33	4	4,82	15	5,42
Hospital (no se determina si in gresó antes o después de rea lizar el acto suicida)	12	16,22	10	8,33	8	9,64	30	10,83
Otros	2	2,70	1	0,83	1	1,20	4	1,44
TOTAL	74	100	120	100	83	100	277	100

TABLA Nº 26.- PROCEDENCIA DE LOS CADAVERES INGRESADOS EN LA I.A.F.
DE MADRID TRAS SUICIDIO CONSUMADO EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE
1.984.

E-1.4.3. Soporte socio-familiar.

Investigando que personas se hicieron cargo del cadáver de los suicidas (Tablas n° 27 y n° 28), encontramos que mayoritariamente fueron los hijos (32,75%) seguidos de los hermanos (24,65%). Resulta interesante que en más de un 13% de los casos éste no se entregó a otras personas, y en un 1,06% no se logró encontrar a ningún conocido del suicida. Datos que hablan de un aislamiento socio-familiar.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cónyuge	14	7,41	17	17,89	31	10,92
Padres	26	13,76	7	7,37	33	11,62
Hijos	52	27,51	41	43,16	93	32,75
Tíos	7	3,70	2	2,11	9	3,17
Hermanos (y hermanos políticos)	55	29,10	15	15,79	70	24,65
Otros	26	13,77	10	10,53	36	12,68
No se encontró a nadie	1	0,53	2	2,11	3	1,06
No se sabe	8	4,23	1	1,05	9	3,17
TOTAL	189	100	95	100	284	100

TABLA Nº 27.- FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS A LAS QUE SE ENTREGO EL CADAVER DE LOS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

	No se sabe la edad		15 a 25 años		26 a 64 años		65 y más años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cónyuge	1	0	0		22	14,29	8	9,64	31	10,92
Padres	0		24	60,00	8	5,19	1	1,20	33	11,62
Hijos	2	0	0		37	24,03	54	65,06	93	32,75
Tíos	0		4	10,00	4	2,60	1	1,20	9	3,17
Otros	3		6	15,00	14	8,09	13	15,66	36	12,62
Hermanos y hermanos políticos	0		5	12,50	59	38,31	6	7,23	70	24,65
No se encontró a nadie	0		0		3	1,95	0	0	3	1,06
No se sabe	1		1	2,50	7	4,55	0	0	9	3,17
TOTAL	7		40	100	154	100	83	100	284	100

TABLA Nº 28.- FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS A LAS QUE SE ENTREGO EL CADAVER DE LOS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE MADRID DURANTE 1.984.

E-2.-ESTUDIO II: TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Durante los meses de Abril, Mayo y Junio en que se puso en funcionamiento la Unidad de Suicidología, fueron contabilizados por los médicos de guardia un total de 115 llamadas, en las que el motivo fundamental era esta alteración de conducta (CIVEIRA, 1986), de ellos 28 fueron hospitalizados. Todos fueron remitidos a la citada unidad de suicidología, para ser vistos al día siguiente, pero tan solo acudieron a consulta.

Del total de pacientes ingresados, estudiamos todos los que ingresaron en la unidad nº 5, de camas de hombres, por ser en ella donde el doctorado estaba trabajando durante este periodo. 52 pacientes constituyen la muestra de este estudio, que clasificamos en las diversas tablas que se describen a continuación, las cuales han sido elaboradas simplificando y asociando algunos datos de los obtenidos mediante el cuestionario inicial, para conseguir una mayor claridad y evitar la dispersión estadística. Algunos datos no han sido incluidos dada su escasa relevancia.

La totalidad de los intentos de suicidio estudiados, tenían cierta gravedad, y una mayoría encerraban una alta potencialidad autolítica, por lo que en la mayor parte (69,23%) fue necesaria la hospitalización. 16 casos (30,77%) fueron clasificados como suicidios frustrados, y los 36 casos restantes co

mo tentativas de suicidio, siguiendo los criterios ya expuestos anteriormente. Los pacientes fueron diagnosticados según la C I E -9 de la O.M.S., tal como se expresa en la siguiente tabla, que más adelante comentaremos:

	Depresión	Neurosis y trastornos de personalidad	Alcoholismo y drogodependencias	Esquizofrenia	TOTAL
Suicidios frustrados	8	3	3	2	16
Tentativas de suicidio	15	12	4	5	36
TOTAL	23	15	7	7	52

TABLA N° 69.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 2.039$ P=N.S.)

E-2.1. DATOS DEMOGRAFICOS DE IDENTIFICACION DE LA MUESTRA:

En nuestra muestra nos encontramos con una población juvenil (menores de 24 años) que superan la cuarta parte del total de casos (Tabla n° 29), las edades intermedias (de 25 a 53) suponen más de la mitad del total, estando las personas mayores, relativamente poco representadas (15,38%).

El sexo masculino (Tabla n° 30) predomina ligeramente sobre el femenino, ya que tal como se ha indicado con anterioridad,

EDAD (años)	Nº	%
Menores de 24	14	26,92
25 a 39	17	32,69
40 a 53	13	25,00
54 a 99	8	15,38
TOTAL	52	100

TABLA Nº 29.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 8.09$ $P < 0.04$
para los grupos de suicidios frustrados y
tentativas de suicidio).

SEXO	Nº	%
Hombres	31	59,62
Mujeres	21	40,38
TOTAL	52	100

TABLA Nº 30.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 2.53$ $P = N.S.$
para los grupos de edad. $\chi^2 = 6.38$ $P = N.S.$
para los grupos diagnóstico).

ESTADO			Esquizo frenia	Depre sión	Neurosis y tras- tornos de la perso- nalidad	alcoho lismo y drogo- depen- dencias
CIVIL	N ^a	%				
Solteros	22	42,31	3	4	13	1
Casados	18	34,62	1	12	1	4
Viudos	4	7,69	0	4	0	0
Separados, divorciados y/o anulados	8	15,38	2	3	1	2
TOTAL	52	100	6	23	15	7

TABLA N^a 31.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 26.6$ $P < 0.001$,
para los grupos diagnósticos; $\chi^2 = 48$ $P = 0.000$
para los grupos de edad).

ESTUDIOS

REALIZADOS	N ^a	%
Analfabetos	3	5,77
Escolarización primaria	25	48,08
E.G.B. o bachille- rato elemental	7	13,46
Formación Profesional	10	19,23
Estudios de nivel superior a los anteriores	7	13,46
TOTAL	52	100

TABLA N^a 32.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 16$ $P = N.S.$
para los grupos diagnósticos; $\chi^2 = 30$ $P < 0.002$

PROFESION	Nº	%
Amas de casa	6	11,54
Obreros no cuali- ficados	10	19,54
Obreros cualifica- dos y pequeños agricultores	14	26,92
Administrativos medios y peque- ños comerciantes	8	15,38
Estudiantes	4	7,69
Empresarios, artis- tas, profesiones liberales	3	5,77
Otros	5	9,62
TOTAL	52	100

TABLA Nº 33.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. $\chi^2 = 29.7$ $P < 0.05$
para los grupos diagnósticos).

SITUACION
LABORAL
ACTUAL

	Nº	%
Activo (incluidas amas de casa e in capacidad laboral transitoria)	25	48,08
Sin empleo	19	36,54
Incapacidad labo- ral permanente	3	5,77
Jubilados por edad	5	9,62
TOTAL	52	100

TABLA Nº 34.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 10.8$ P=N.S.
para los grupos diagnósticos).

LUGAR DE RESIDEN
CIA HABITUAL

	Nº	%
Chabolismo	4	7,69
Barrio bajo	6	11,54
Barrio medio	15	28,85
Barrio residencial	7	13,46
Ciudad dormitorio	17	32,69
No tiene domicilio	3	5,77
TOTAL	52	100

TABLA Nº 35.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 14.15$ P=N.S.
para los grupos diagnósticos).

Se han incluido todos los casos ingresados por tentativas de suicidio en la unidad nº 5 del departamento de Psiquitría del Hospital Clínico de San Carlos, unidad que solamente está dedicada a varones.

Respecto del estado civil (Tabla nº 31), destaca un mayor número de solteros (42,31%) frente al de casados (34,62%), siendo bastantes representativos (15,38%) los separados, divorciados y/o anulados. Solo el 50% de los casados tenían hijos.

El nivel de la escolarización de la muestra es bajo (Tabla nº 32), con un 5,77% de analfabetos, y tan solo un 13,46% de sujetos con estudios superiores a los niveles de formación profesional, E.G.B. o bachillerato elemental. En cuanto a su profesión (Tabla nº 33) la mayoría se encuentra dentro de las clases baja y media-baja, con la peculiaridad de que en más de la mitad de los casos (Tabla nº 34) carecían de trabajo, bien por desempleo, por jubilación o incapacidad laboral permanente.

Al estudiar su lugar de residencia habitual (Tabla nº 35) nos llamó la atención que un 5,77% de la muestra carecía de domicilio, no siendo raro el chabolismo (7,69%). Una buena parte (32,69%) vivían en las denominadas "ciudades dormitorio", a pesar de lo cual habían acudido hasta el Hospital Clínico, situado en una zona céntrica de Madrid.

E-2.2. FACTORES ETIOPATOGENICOS:

Revisamos los antecedentes psiquiátricos de los familiares de primer grado de los pacientes estudiados, así como los de su cónyuge, caso de estar estos casados (Tabla nº 36). Para la elaboración de los porcentajes de presencia de antecedentes psiquiátricos entre los hermanos, cónyuge e hijos, se consideraran exclusivamente a los que estaban o habían estado en estas situaciones familiares respectivamente, por igual que se hizo en las tablas sucesivas.

Podemos observar una elevada frecuencia de antecedentes psiquiátricos entre los cónyuges (36,67%) y entre las madres de los pacientes (25%), especialmente entre el subgrupo de tentativas; entre los suicidios frustrados, los antecedentes psiquiátricos entre los familiares son más escasos. Teniendo en cuenta el diagnóstico psiquiátrico (Tabla nº 37), destaca la abundancia de antecedentes entre el grupo de alcohólicos y drogodependientes, y una menor frecuencia entre los deprimidos.

Respecto a los familiares que realizaron en alguna ocasión una o más tentativas de suicidio, encontramos una frecuencia elevada para el cónyuge (16,67%) y la madre (7,69%); cifras que se incrementan entre el grupo de menor gravedad (Tabla nº 38) hasta un 25% y 11,11% respectivamente, ya que

FAMILIARES CON ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL		ANTECEDENTES DESCONOCIDOS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Padre	1	6,25	8	22,22	9	17,31	5
Madre	2	12,50	11	30,56	13	25,00	3
Hermanos	0	0	1	3,70	1	2,44	1
Cónyuge	1	6,25	10	50,00	11	36,67	0

TABLA Nº 36.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

FAMILIARES CON ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS	Depresión		Neurosis y trastornos de persona lidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizofre nia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	3	13,04	3	20,00	2	28,57	1	14,29	9	17,31
Madre	2	8,70	5	33,33	4	57,14	2	28,57	13	25,00
Hermanos	0	0	0	0	1	9,09	0	0	1	2,44
Cónyuge	4	21,05	1	50,00	4	66,67	2	66,67	11	36,67
Hijos	2	20,00	0	0	0	0	0	0	2	13,33

TABLA Nº 37.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

FAMILIARES CON ANTECEDENTES DE TENTATIVA DE SUICIDIO.	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	0	0	0	0	0	0
Madre	0	0	4	11,11	4	7,69
Hermanos	0	0	1	3,70	1	2,44
Cónyuge	0	0	5	25,00	5	16,67

TABLA Nº 38.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

FAMILIARES CON ANTECEDENTES DE TENTATIVA DE SUICIDIO	Depresión		Neurosis y trastornos de personalidad		Alcoholismo y drogodependencias		Esquizofrenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Madre	1	4,35	2	13,13	1	14,29	0	0	4	7,69
Hermanos	0	0	0	0	1	14,29	0	0	1	2,44
Cónyuge	1	5,26	1	50,00	2	33,33	1	33,33	5	16,67

TABLA Nº 39.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

entre el grupo de suicidos frustrados no se recogió ningún caso de intento de suicidio en la familia. Teniendo en consideración el diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 39), observamos un mayor número de familiares con intento de suicidio entre los alcohólicos y drogadictos, seguidos del grupo de neurosis y trastornos de personalidad. Los familiares que consumaron suicidio fueron escasos y de parentesco lejano (Tabla nº 40), aunque casi una cuarta parte de los pacientes referían haber tenido uno o más amigos que habían fallecido a causa del suicidio. Entre el grupo de suicidios frustrados hay menos allegados que consumaron suicidio que entre el de tentativas de suicidio. Teniendo en cuenta el diagnóstico (Tabla nº 14), se puede observar una mayor frecuencia entre las neurosis y trastornos de personalidad.

Resultó interesante la elevada frecuencia con que habían fallecido los progenitores de nuestra muestra (Tabla nº 42). El padre había muerto en más de la mitad de los casos, y la madre en un 34,62%. Estas cifras se elevaban entre los suicidios frustrados al 68,75% y 56,25% respectivamente, lo que no se relaciona con las edades de los sujetos de este estudio; tanto más cuanto que los progenitores fallecieron en una gran proporción hace más de nueve años. Estos datos se hacen especialmente ostensibles entre los grupos de deprimidos, alcohólicos y drogadictos (Tabla nº 43).

ALLEGADOS QUE	FRUSTRADOS	TENTATIVAS	TOTAL
CONSUMARON SUICIDIO	Nº	Nº	Nº
Padres	0	0	0
Hermanos	0	1	1
Cónyuge	0	0	0
Hijos	0	0	0
Familiares políticos	0	1	1
Otros familiares	0	4	4
Amigos	1	10	11

TABLA Nº 40.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

ALLEGADOS QUE	Depresión	Neurosis y trastornos de personalidad	Alcohol y drogas dependencias	Esquizo frenia	TOTAL
CONSUMARON SUICIDIO	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Padres	0	0	0	0	0
Hermanos	0	1	0	0	1
Cónyuge	0	0	0	0	0
Hijos	0	0	0	0	0
Familiares políticos	1	0	0	0	1
Otros familiares	2	2	0	0	4
Amigos	2	5	3	1	11

TABLA Nº 41.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

PROGENITORES	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
FALLECIDOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	11	68,75	18	50,00	29	55,77
Padre (hace más de 9 años)	10	62,50	12	33,33	22	42,31
Madre	9	56,25	9	25,00	18	34,62
Madre (hace más de 9 años)	7	43,75	5	13,88	12	23,08

TABLA Nº 42.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

PROGENITORES	Depresión		Neurosis y trastornos de personalidad		Alcoholismo y drogodependencias		Esquizofrenia		TOTAL	
FALLECIDOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	17	73,91	3	20,00	6	85,71	3	42,86	29	55,7
Padre (hace más de 9 años)	12	52,17	2	13,33	5	71,43	3	42,86	22	42,3
Madre	9	39,13	3	20,00	4	57,14	2	28,57	18	34,6
Madre (hace más de 9 años)	7	30,43	0	0	3	42,86	2	28,57	12	23,08

TABLA Nº 43.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

También analizamos algunos aspectos de la biografía personal, como la presencia de ciertos rasgos neuróticos durante la infancia (Tabla nº 44) encontrando onicofagia en un 40,38% de los casos, sonambulismo y/o terrores nocturnos en un 34,62% y enuresis y/o encopresis en un 23,08%. Las alteraciones del lenguaje tampoco fueron infrecuentes. Destaca como entre los suicidios frustrados se encuentra una frecuencia menor de rasgos neuróticos infantiles. Sin embargo, y como era de esperar, estos se acumulan en el grupo de neurosis y trastornos de personalidad (Tabla nº 45).

También recogimos algunos aspectos sociales de los últimos diez años que podían orientar hacia una biografía difícil e inestable, con dificultad para la integración social (Tabla nº 46), hallando, que en aproximadamente una tercera parte de los casos existía una historia previa de inestabilidad laboral, frecuentes cambios de domicilio y dificultades económicas, junto con un mal manejo de la agresividad. También exploramos que pacientes vivían solos, y desde hace cuanto tiempo se encontraban en esta situación (Tabla nº 47). Un 21,15% del total vivían solos en el periodo durante el cual realizaron la tentativa actual, cifra que se eleva al 25% para los suicidios frustrados. Más de un 10% llevaba más de 4 años en esta situación. Al observar su diagnóstico (Tabla nº 48) destaca un 42,86% de

RASGOS NEUROTICOS INFANTILES	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Encopresis y/o enuresis nocturna	4	25,00	8	22,22	12	23,08
Onicofagia	3	18,75	18	50,00	21	40,38
Sonambulismo y/o terrores nocturnos	2	12,50	16	44,44	18	34,62
Alteraciones del lenguaje	2	12,50	7	19,44	9	17,31
Retraso psicomotor	0	0	3	8,33	3	5,77

TABLA Nº 44.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

RASGOS NEUROTICOS INFANTILES	Depresión		Neurosis y trastornos de persona- lidad		Alcoholis- mo y drogo- dependen- cias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Encopresis y/o enuresis nocturna	3	13,04	4	26,67	3	42,86	2	28,57	12	23,08
Onicofagia	5	21,74	10	66,67	2	28,57	4	57,14	21	40,38
Sonambulismo y/o terrores nocturnos	5	21,74	9	60,00	2	28,57	2	28,57	18	34,62
Alteraciones del lenguaje	2	8,70	4	26,67	0	0	3	42,86	9	17,31
Retraso Psicomotor	0	0	3	20,00	0	0	0	0	3	5,77

los esquizofrénicos que vivían solos, y un 17,39% de los deprimidos, los cuales llevaban más de cuatro años viviendo solos.

Investigamos también los "life events" o acontecimientos vitales de cierta importancia que habiendo acontecido durante los últimos tres meses, hubiesen podido favorecer o desencadenar la conducta autolítica (Tabla nº 49). En el apartado en que se refleja la muerte de un ser querido, el periodo se amplió a los últimos seis meses. También se anotó la opinión de algunos pacientes, según la cual, ningún acontecimiento proximo había influido en la decisión de atentar contra su vida, incluso a pesar de haber padecido algunos de los descritos. Los problemas con la pareja son los que aparecieron con mayor frecuencia (40,38%), seguidos de los problemas familiares (25%) y de los profesionales y/o económicos (21,15%). Los problemas amorosos o conyugales aparecen menos representados entre los suicidios frustrados (25%) en relación con las tentativas de suicidio (47,22%). En más de una cuarta parte de los casos, los pacientes no relacionaban su acción autodestructiva con ningún acontecimiento vital.

Teniendo en cuenta el diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 50%), nos encontramos con que en las neurosis y trastornos de personalidad es más infrecuente que el paciente niegue la influencia de un acontecimiento vital (13,33%) en relación con

ASPECTOS SOCIALES BIOGRAFICOS	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Importantes dificultades económicas	5	31,25	12	33,33	17	32,69
Más de tres cambios de domicilio	3	18,75	13	36,11	16	30,77
Más de tres cambios de trabajo	2	12,50	11	30,56	13	25,00
Realización de frecuentes actos agresivos y/o delictivos	3	18,75	16	44,44	19	36,54

TABLA Nº 46.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Nº DE AÑOS VIVIENDO SOLO	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1	0	0	1	2,78	1	1,92
Menos de 2	0	0	2	5,56	2	3,85
Menos de 3	1	6,25	0	0	1	1,92
Menos de 4	0	0	1	2,78	1	1,92
Más de 4	3	18,75	3	8,33	6	11,54
Total que vivían solos	4	25,00	7	19,44	11	21,15

TABLA Nº 47.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Nº DE AÑOS VIVIENDO	Depresión		Neurosis y trastor- nos de per- sonalidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLO										
Menos de 1	0	0	0	0	0	0	1	14,29	1	1,92
Menos de 2	0	0	1	6,67	0	0	1	14,29	2	3,85
Menos de 3	1	4,35	0	0	0	0	0	0	1	1,92
Menos de 4	0	0	0	0	1	14,29	0	0	1	1,92
Más de 4	4	17,39	0	0	1	14,29	1	0	6	11,54
Total que vivían so- los	5	21,74	1	6,67	2	28,57	3	42,86	11	21,15

TABLA Nº 48.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

ACONTECIMIENTOS VITALES PREVIOS	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muerte de un ser querido	4	25,00	6	16,67	10	19,23
Problemas económicos y/o laborales	3	18,75	8	22,22	11	21,15
Problemas amorosos y/o conyugales	4	25,00	17	47,22	21	40,38
Problemas familiares	6	37,50	7	19,44	13	25,00
Problemas jurídicos y/o policiales	1	6,25	2	5,56	3	5,77
Cambio de domicilio no deseado	2	12,50	3	8,33	5	9,62
Enfermedad somática grave, crónica o incurable y/o sospecha de ella	3	18,75	6	16,67	9	17,31
Embarazo no deseado y/o aborto provocado	1	6,25	2	5,56	3	5,77
Otros	2	12,50	7	19,44	9	17,31
Ninguno, a juicio del paciente	5	31,25	9	25,00	14	26,92

ACONTECIMIENTOS VITALES	Depresión		Neurosis y trastor- de perso- nalidad		Alcoho- lismo y drogode- pendencia		Esqui- zofre- nia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PREVIOS										
Muerte de un ser querido	4	17,39	3	20,00	2	28,57	1	14,29	10	19,23
Problemas eco- nómicos y/o laborales	4	17,39	5	33,33	1	14,29	1	14,29	11	21,15
Problemas amo- rosos y/o conyu- gales	6	26,09	5	33,33	4	57,14	6	85,71	21	40,38
Problemas familiares	6	26,09	1	6,67	2	28,57	4	57,14	13	25,00
Problemas jurí- dicos y/o poli- ciales	0	0	1	6,67	2	28,57	0	0	3	5,77
Cambio de domi- cilio no deseado	4	17,39	0	0	0	0	1	14,29	5	9,62
Enfermedad somá- tica grave, cró- nica o incurable y/o sospecha de de ella	6	26,09	1	6,67	1	14,29	1	14,29	9	17,31
Embarazo no de- seado y/o aborto provocado	0	0	1	6,67	1	14,29	1	14,29	3	5,77
Otros	2	8,70	6	40,00	0	0	1	14,29	9	17,31
Ninguno, a jui- cio del pacien- te	6	26,09	2	13,33	3	42,86	3	42,86	14	26,92

esquizofrénicos, alcohólicos y drogadictos (42,86%). Los problemas económicos y/o laborales, aparecen más representados entre las neurosis y trastornos de la personalidad. Las quejas por cambio de domicilio y las enfermedades somáticas aparecen más relacionadas con los deprimidos que con el resto de los grupos. En este último sentido, pudimos observar como casi la mitad de los pacientes padecían alguna enfermedad corporal, aunque esta fuese más o menos banal, durante el día en que realizaron su autoagresión (Tabla nº 51). Dato que se hace mucho más ostensible entre los suicidios frustrados (75%) que entre las tentativas de suicidio (33,33%), así como entre los deprimidos (60,87%) y alcohólicos y drogadictos (57,14%) respecto del resto de los grupos diagnósticos.

Estudiamos también, el consumo de alcohol durante los últimos años (descartando los últimos tres meses) por parte de nuestros pacientes (Tabla nº 52). Las cifras que se presentan están calculadas como alcohol etílico puro. Vimos que más de la mitad (57,70%) se encontraba fuera de todas las formas de conductas alcohólicas descritas por ALONSO-FERNANDEZ (1978), ya que había menos de 75cc. de alcohol etílico puro por día. Cifra que alcanza el 68,75% entre los suicidios frustrados. El resto consumía una cantidad superior de alcohol al día (23,08%). Se producían embriagueces

PADECIAN ALGUNA ENFERMEDAD NO
PSIQUIATRICA (BANAL O NO)
DURANTE LA TENTATIVA

	Nº	%
Frustrados	12	75,00
Tentativas	12	33,33
Depresión	14	60,87
Neurosis y trastor- nos de personali- dad	4	26,67
Alcoholismo y drogodependencias	4	57,14
Esquizofrenia	2	28,57
TOTAL	24	46,15

esporádicas con frecuencia superior a una vez al mes (19,24%).

El consumo de marihuana y/o hachís (Tabla nº 53) era poco usual entre nuestros pacientes, ya que un 71,15% no lo había probado nunca en su vida, aunque un 19,23% lo fumaba más de una vez por semana. Entre los suicidios frustrados, el consumo de las llamadas "drogas blandas", estaba menos extendido. Tampoco era frecuente la consumición de (Tabla nº 54) las denominadas "drogas duras" (heroína, etc...), ya que un 84,62% nunca las había probado, aunque un 13,46% las consumía más de una vez al mes como promedio. El consumo de estos tóxicos (Tabla nº 55), en general, no aumentó ni disminuyó durante los tres meses anteriores a la tentativa en la mayoría de los casos (86,54%).

Investigamos también el número de tentativas de suicidio realizadas previamente (Tabla nº 56) encontrándonos con que más de la mitad de nuestros pacientes (55,77%) ya habían realizado una o más tentativas de suicidio con anterioridad. Entre los suicidios frustrados hubo un menor número de pacientes con alguna tentativa previa (43,75%), en relación con el grupo de tentativas de suicidio (61,11%); entre estos últimos, un 13,89% tenían una historia de nueve o más tentativas previas. Teniendo en cuenta el diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 57), los alcohólicos y drogadictos (85,71%) junto

CONSUMO DE ALCOHOL	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 100 cc./año	6	37,50	9	25,00	15	28,85
Menos de 75 cc./día	5	31,25	10	27,27	15	28,85
Menos de 150 cc./día	1	6,25	5	13,89	6	11,54
Más de 150 cc./día	2	12,50	4	11,11	6	11,54
Más de una embriaguez al mes	0	0	3	8,33	3	5,77
Menos de cinco embriagueces al mes	1	6,25	1	2,78	2	3,85
Más de cinco embriagueces al mes	1	6,25	4	11,11	5	9,62

TABLA Nº 52. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 3.17$ P=N.S.)

CONSUMO DE HACHIS Y/O MARIHUANA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Haber probado	0	0	4	11,11	4	7,69
Una vez al mes	1	6,25	0	0	1	1,92
Una vez por semana	1	6,25	5	13,89	6	1,54
Una vez al día o más	0	0	4	11,11	4	7,69
Nunca	14	85,50	23	63,89	37	71,15

CONSUMO DE "DROGAS DURAS"	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Haber probado	0	0	1	2,78	1	1,92
Una vez al mes	0	0	3	8,33	3	5,77
Una vez por semana	1	6,25	2	5,56	3	5,77
Una vez al día o más	1	6,25	0	0	1	1,92
Nunca	14	85,50	30	83,33	44	84,62

VARIACION DEL CONSUMO DE TOXICOS DURANTE LOS TRES MESES ANTERIORES A LA TENTATIVA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aumentó	1	6,25	1	2,78	2	38,46
No varió	15	93,75	30	83,33	45	86,54
Disminuyó	0	0	5	13,83	5	9,62

TABLA Nº 55.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Nº DE TENTATIVAS DE SUICIDIO PREVIAS	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	9	56,25	14	38,89	23	44,23
1	1	6,25	8	22,22	9	17,31
2	4	25,00	6	16,67	10	19,23
3 a 8	2	12,50	3	8,33	5	9,62
9 o más	0	0	5	13,89	5	9,62
Total con una o más	7	43,75	22	61,11	29	55,77

TABLA Nº 56.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=5.210$ P=N.S.)

Nº DE TENTATIVAS DE SUICIDIO	Depresión		Neurosis y trastor- nos de per- sonalidad		Alcoholis- mo y dro- godepen- dencia		Esquizo- frenia		Otros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PREVIAS										
0	15	65,52	4	26,67	1	14,29	3	42,86	23	44,23
1	3	13,04	3	20,00	2	28,57	1	14,29	9	17,31
2	2	8,70	3	20,00	2	28,57	3	42,86	10	19,23
3 a 8	2	8,70	2	13,33	1	14,29	0	0	5	19,23
9 o más	1	4,35	3	20,00	1	14,29	0	0	5	9,62
Total con una o más	8	34,78	11	73,33	6	85,71	4	57,14	29	55,77

TABLA Nº 57.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=14.31$ P=N.S.)

con las neurosis y trastornos de personalidad (73,33%) fueron quienes presentaban más frecuentemente alguna tentativa de suicidio anterior, en contraste con los deprimidos (34,78%).

Estudiando el tiempo transcurrido desde la última autoagresión (Tabla nº 58), hallamos que en más de un 30% de los casos con tentativa previa, esta había sido realizada en un periodo inferior a un mes, y un 13,79% durante la última semana. En más de la mitad de los casos (Tabla nº 59) en las que había una o más tentativas de suicidio previas, la última se había realizado dentro de un periodo de tres meses anteriores a la tentativa actual. No hubo diferencias significativas en relación al diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 60). Al calcular el intervalo de tiempo promedio transcurrido entre cada tentativa, a partir de la primera realizada, hasta la actual (Tabla nº 61) nos encontramos con que entre los suicidios frustrados este periodo de tiempo era más breve que en el grupo de tentativas de suicidio.

Las técnicas utilizadas en las tentativas de suicidio previas (Tabla nº 62) se pueden clasificar en cinco grupos: heridas por arma blanca, intoxicación farmacológica, por otros tóxicos, intento de ahorcadura y precipitación. Los dos primeros de entre los citados aparecen claramente como mayoritarios en todas las ocasiones.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA TENTATIVA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1 semana	0	0	4	18,18	4	13,79
1 semana a 1 mes	2	28,57	3	13,64	5	17,24
1 a 2 meses	1	14,29	2	9,09	3	10,34
2 a 3 meses	1	14,29	2	9,09	3	10,34
3 a 6 meses	1	14,29	3	13,64	4	13,79
6 a 12 meses	2	28,57	1	4,55	3	10,34
Más de 1 año	0	0	7	31,82	7	24,14

TABLA Nº 58. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 774$ P=N.S.)

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA TENTATIVA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 3 meses	4	57,14	11	50,00	15	51,72
3 a 12 meses	3	42,86	4	18,18	7	24,14
más de 1 año	0	0	7	31,82	7	24,14

TABLA Nº 59.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=3.8$ P=N.S.)

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA TENTATIVA	Depresión		Neurosis y trastor- nos de per- sonalidad		Alcoholis- mo y dro- godepen- dencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 3 meses	4	50,00	7	63,64	3	50,00	1	25,00	15	51,72
3 a 12 meses	1	12,50	3	27,27	2	33,33	1	25,00	7	24,14
más de 1 año	3	37,50	1	9,09	1	16,67	2	50,00	7	24,14

TABLA Nº 60.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 6.27$ P=N.S.)

INTERVALO DE TIEMPO PROMEDIO ENTRE TODAS LAS TENTATIVAS REA- LIZADAS POR CADA PACIENTE	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 3 meses	3	42,86	5	22,73	8	27,59
3 a 12 meses	3	42,86	8	36,36	11	37,93
Más de 1 año	1	14,29	9	40,91	10	34,48

TABLA Nº- 61.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 3$ P=N.S.)

TECNICAS UTILIZADAS EN LAS TENTATIVAS PREVIAS	1ª tentativa	2ª tentativa	3ª tentativa	Siguientes (Técnica predominante)
Intoxicación farmacológica	12	11	6	4
Otras intoxicaciones	0	1	0	0
Intento de ahorcadura	2	0	0	0
Precipitación	3	1	2	0
Heridas por arma blanca	12	7	2	3

TABLA N°- 62.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

AVISOS DIRECTOS Y EXPLICITOS DE DECISION SUICIDA	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca	14	87,50	28	77,78	42	80,77
a veces	1	6,25	5	13,89	6	11,54
Siempre	1	6,25	3	8,33	4	7,69

TABLA N°- 63.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

La frecuencia de advertencias directas de suicidio, al menos las recordadas por el paciente y su familia, fueron muy escasas tanto en las tentativas anteriores como en la actual (Tabla n°- 63), no llegando a la quinta parte de los casos, los que advirtieron seriamente a los demás que iban a suicidarse. Solamente una persona de la muestra dejó una nota aclarando los motivos de su autoagresión y expresando sus últimos deseos.

Los pacientes habían acudido a un médico en gran proporción antes de realizar su tentativa de suicidio (Tabla n° 64). Casi una cuarta parte (23,08%) acudieron durante la semana anterior, y mas de la mitad (51,93%) lo hicieron en el mes previo a la autoagresión. Durante las fechas citadas acudieron ligeramente menos los que realizaron un suicidio frustrado que los que hicieron una tentativa. Los médicos a los que acudieron los sujetos de nuestro estudio eran psiquiatras en casi la mitad de los casos, y a veces acudieron tanto al psiquiatra como a médicos generales o de otras especialidades. Las neurosis y trastornos de personalidad fué el grupo que acudió al médico con menor frecuencia durante este periodo (Tabla n° 65).

Estudiando el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas de nuestros pacientes (Tabla n°- 66), encontramos que aproximadamente la mitad no había estado nunca ingresado en

TIEMPO TRANS- CURRIDO DESDE LA ULTIMA VI- SITA A UN ME- DICO.	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Menos de 1 semana	3	18,75	9	25,00	12	23,08
1 a 4 semanas	4	25,00	11	30,56	15	28,85
1 a 3 meses	4	25,00	1	2,78	5	9,62
Más de 3 meses	5	31,25	15	41,67	20	38,46

TABLA N^o 64.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=1.02$ P=N.S.)

TIEMPO TRANS- CURRIDO DESDE LA ULTIMA VI- SITA A UN ME- DICO.	Depresion		Neurosis y trastornos de persona- lidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Menos de 1 semana	8	34,78	1	6,67	2	28,57	1	14,29	12	23,08
1 a 4 semanas	6	23,08	4	26,67	3	42,86	2	28,57	15	28,85
1 a 3 meses	3	13,04	1	6,67	0	0	1	14,29	5	9,62
Más de 3 meses	6	23,08	9	60,00	2	28,57	3	42,86	20	38,46

TABLA N^o- 65.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 6.97$ P=N.S.)

Nº DE HOSPITALI- ZACIONES PSIQUIA- TRICAS PREVIAS	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	7	43,75	20	55,56	27	51,92
1 a 3	8	50,00	8	22,22	16	30,77
4 a 8	0	0	5	13,89	5	9,62
9 o más	1	6,25	3	8,33	4	7,69

TABLA Nº 66. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=5.36$ P=N.S.)

Nº DE HOSPITALI- ZACIONES PSIQUIA- TRICAS PREVIAS	Depresion		Neurosis y trastornos de persona- lidad		Alcohol y drogode- pendencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	15	65,22	7	46,67	1	14,29	4	57,14	27	51,9
1 a 3	5	21,74	7	46,67	3	42,86	1	14,29	16	30,7
4 a 8	3	13,04	0	0	0	0	2	28,57	5	9,6
9 o más	0	0	1	6,67	3	42,86	0	0	4	7,6

TABLA Nº- 67. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 24.3$ P<0.003).

un centro psiquiátrico; sin que hubiese diferencias según la gravedad del intento, aunque el número de hospitalizaciones era ligeramente menor entre el grupo de suicidios frustrados. Los más hospitalizados según el diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 67) fue el grupo de alcohólicos y drogadictos; por el contrario, el grupo de deprimidos era el que había estado hospitalizado en menos ocasiones. Una gran mayoría (77,78%) había recibido tratamiento psicofarmacológico con anterioridad a la tentativa (Tabla nº 68), siendo este dato menos destacado entre las neurosis y trastornos de personalidad.

E-2.3. ASPECTOS CLINICOS Y PSICOPATOLOGICOS:

Clasificamos a las personas de nuestra muestra en suicidios frustrados y tentativas de suicidio según los criterios ya expuestos, encontrando un 30,77% de frustrados y un 69,23% de tentativas (Tabla nº- 69). Según los diagnósticos, pudimos observar que entre el grupo de alcohólicos y drogadictos fue donde hubo una mayor proporción de suicidios frustrados, por el contrario ocurría en el grupo de neurosis y trastornos de personalidad (Tabla nº- 70).

Las técnicas utilizadas en la tentativa actual (Tabla nº 71) fueron por orden de frecuencia: las intoxicaciones farmacológicas (48,08%), las heridas por arma blanca (30,77%),

PACIENTES A LOS
QUE SE LES HABIAN
PRESCRITO PSICO-
FARMACOS CON ANTE
RIORIDAD

	Nº	%	No se sabe
Frustrados	10	83,33	4
Tentativas	25	75,76	3
TABLA Nº 68. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=4.5$ P<0.03)			
Depresión	18	85,71	2
Neurosis y trastor nos de personalidad	7	58,33	3
Alcohol y drogo- dependencias	4	80,00	2
Esquizofrenia	6	85,71	0
TOTAL	35	77,78	7

TABLA Nº- 68. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=4.2$ P=N.S.)

la precipitación (11,54%), el intento de ahorcadura (3,85%) y otras intoxicaciones (3,85%). Relacionando la técnica con la gravedad del intento autolítico; y tal como era de esperar, vimos como los intentos de ahorcadura e intoxicaciones no farmacológicas aparecían solamente entre los suicidios frustrados; las precipitaciones aún siendo mas frecuentes entre los suicidios frustrados, también aparecían dentro del grupo de tentativas, ya que en algún caso, esta no se produjo, iba a ser realizada desde un lugar dudosamente mortal, o la intervención de otras personas en el momento en que el su je to se disponía a precipitarse no fué del todo casual. La técnica de lesión por arma blanca, prevalece entre el grupo de tentativas, puesto que muchas de las lesiones autoinfringidas o no eran mortales de necesidad, o el pa ci en te avisó a otras personas para que le llamaran a un servicio médico. La intoxicación farmacológica sería la téc n i ca más utilizada entre las tentativas de suicidio, entendidas como tales, es decir, entre las de menor gravedad; si bien, en algunos casos podrían haber sido mortales, y superar una cuarta parte de todos los suicidios frustrados. Las heridas por arma blanca fueron más frecuentes entre los alcohólicos y drogadictos (Tabla nº 72), los cuales utilizaron menos la intoxicación farmacológica, la cual fué más mane ja da entre las depresiones y las neurosis y trastornos de personalidad. Las técnicas más duras y mortales (ahorcadura,

GRAVEDAD SUICIDA	Depresión		Neurosis y trastornos de persona- lidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frustrados	8	34,78	3	20,00	3	42,86	2	28,57	16	30,77
Tentativas	15	65,22	12	80,00	4	57,14	5	71,43	36	69,23
TOTAL	23	100	15	100	7	100	7	100	52	100

TABLA Nº- 69. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 2.039$ P=N.S.)

DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depresión	8	50,00	15	41,67	23	44,23
Neurosis y tras- tornos de persona- lidad	3	18,75	12	33,33	15	28,85
Alcoholismo y dro- godependencias	3	18,75	4	11,11	7	13,46
Esquizofrenia	2	12,50	5	13,89	7	13,46
TOTAL	16	100	36	100	52	100

TABLA Nº 70. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 2.039$ P=N.S.)

TECNICA UTILIZADA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Intoxicación farmacológica	4	25,00	21	58,33	25	48,08
Otras intoxicaciones	2	12,50	0	0	2	3,85
Intento de ahorcadura	2	12,50	0	0	2	3,85
Precipitación	4	25,00	2	5,56	6	11,54
Heridas por arma blanca	4	25,00	12	33,33	16	30,77

TABLA N^a 71. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 15.35$ $P < 0.004$).

TECNICA UTILIZADA	Depresión		Neurosis y trastornos de personalidad		Alcoholismo y drogodependencias		Esquizofrenia		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Intoxicación farmacológica	13	56,52	8	53,33	1	14,29	3	42,86	25	48,08
Otras intoxicaciones	1	4,35	0	0	0	0	1	14,29	2	3,85
Intento de ahorcadura	1	4,35	0	0	0	0	1	14,29	2	3,85
Precipitación	3	13,04	1	6,67	1	14,29	1	14,29	6	11,54
Heridas por arma blanca	4	17,39	6	40,00	5	71,43	1	14,29	16	30,77

TABLA N^a 72. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 13.9$ $P = N.S.$)

precipitación y otras intoxicaciones) se relacionaban más con cuadros esquizofrénicos y depresivos.

Recogimos también algunos datos sobre las características psicopatológicas que el paciente refería sobre su situación psicopatológica inmediatamente anterior a la realización del acto suicida que presentamos en dos tablas: una de índole más personal (Tabla nº 73) y otra que recoge aspectos más relacionados con el ambiente socio-económico y familiar (Tabla nº 75). Entre las características psicopatológicas más personales (Tabla nº 73) destaca la tristeza (61,54%), la desesperanza (59,62%) y falta de fuerzas para vivir (53,85%) junto con la necesidad de huir de la situación (40,38%). También destacan el fracaso existencial (36,54%), el sentimiento de frustración (34,62%), la culpa y desprecio de si mismo (32,69%), así como el dolor y/o molestias somáticas (32,69%) y la sensación de agotamiento insuperable (30,77%).

Algunos parámetros tuvieron una presencia más destacada entre los suicidios frustrados como el dolor y/o molestias somáticas, la decisión autoagresiva como huida, la incapacidad para cumplir sus obligaciones. Otros, por el contrario, estuvieron más representados entre el grupo de tentativas, como la frustración, o el tedio y hastio.

Entre las características psicopatológicas más relacionadas con aspectos socio-económicos y familiares (Tabla nº 74), destacó fundamentalmente la soledad (61,54%), seguida del desplazamiento familiar (50%), la necesidad de estimación e incompreensión (46,15%), el sentimiento de humillación y el desplazamiento social (38,46%), junto con el desplazamiento laboral y la necesidad de ayuda (36,54%). Entre el grupo de tentativas estuvieron más representadas la necesidad de estimación y de hablar con alguien, el sentimiento de odio y venganza hacia los demás, así como el desplazamiento familiar.

Explorando el sentimiento que el paciente refería haber experimentado mientras llevaba a cabo su autoagresión de forma predominante (Tabla nº 75) encontramos que mayoritariamente este fué un impulso (25%), o bien este fué llevado a cabo con serenidad (23,08%), o bien el sujeto estaba confuso (19,23%). Mientras que la impulsividad está más representada entre el grupo de tentativas que entre el de suicidios frustrados, con la confusión ocurre lo contrario. Teniendo en cuenta el diagnóstico psicopatológico (Tabla nº 76), observamos como entre los deprimidos los diferentes sentimientos se reparten con bastante igualdad entre los descritos, acumulándose mas entre las neurosis y trastornos de personalidad los de serenidad o los de impulsividad, que entre los esquizofrénicos, y la confusión entre alcohólicos y drogadictos.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS INMEDIATAMENTE ANTERIORES (PERSONALES)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agotamiento insuperable	6	37,50	10	27,78	16	30,77
Stress continuo e insuperable	4	25,00	9	25,00	13	25,00
Fracaso existencial	7	43,75	12	33,33	19	36,54
Frustración	3	18,75	15	41,67	18	34,62
Vacio interior	2	12,50	3	8,33	5	9,62
Anestesia afectiva	0	0	4	11,11	4	7,70
Falta de fuerzas para vivir	10	62,50	18	50,00	28	53,85
Incapacidad para cumplir sus obligaciones	6	37,50	8	22,22	14	26,93
Desistires generalizado	4	25,00	7	19,44	11	21,15
Tedio, hastio	2	12,50	12	33,33	14	26,92
Tristeza	11	68,75	21	58,33	32	61,54
Desesperanza	10	62,50	21	58,33	31	59,62
Culpa	5	31,25	12	33,33	17	32,69
Desprecio por si mismo	5	31,25	12	33,33	17	32,69
Temor a la muerte	1	6,25	2	5,67	3	5,77
Temor a la locura	4	25,00	6	16,67	10	19,23
Necesidad urgente de huir de la situación	8	50,00	13	36,11	21	40,38
Miedo incontrolable	3	18,75	6	16,67	9	17,31
Dolor y/o molestias somáticas	7	43,75	10	27,78	17	32,69

TABLA Nº 73. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS INMEDIATAMENTE ANTERIORES (SOCIO-ECONOMICAS Y FAMILIARES)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inutilidad	6	37,50	17	47,22	23	44,22
Necesidad de hablar con alguien	3	18,75	14	38,89	17	32,69
Necesidad de ayuda	6	37,50	13	36,11	19	36,54
Necesidad de estimación	5	31,25	19	52,78	24	46,15
Incomprensión	6	37,50	18	50,00	24	46,15
Soledad	9	56,25	23	63,89	32	61,54
Ruina	3	18,75	3	8,33	6	11,54
Odio o venganza hacia los demás	1	6,25	8	22,22	9	17,33
Desplazado socialmente	5	31,25	15	41,67	20	38,46
Desplazado familiarmente	5	31,25	21	58,33	26	50,00
Desplazado laboralmente	7	43,75	12	33,33	19	36,54
Amenaza de algún peligro grave	2	12,50	3	8,33	5	9,62
Ofendido, humillado	5	31,25	15	41,67	20	38,46

TABLA Nº 74. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

SENTIMIENTO PREDOMINANTE DURANTE EL ACTO SUICIDA	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Miedo, indecisión y/o inseguridad	0	0	5	13,89	5	9,62
Confusión	6	37,50	4	11,11	10	19,23
Serenidad	3	18,75	9	25,00	12	23,08
Ira, rabia, impulsividad	2	12,50	11	30,56	13	25,00
Liberación	1	6,25	3	8,33	4	7,69
No sentía nada	2	12,50	2	5,56	4	7,69
Otros	2	12,50	2	5,56	4	7,69

TABLA Nº 75. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 10.9$ P=N.S.)

SENTIMIENTO PREDOMINANTE DURANTE EL ACTO SUICIDA	Depresión		Neurosis y trastornos de la perso- nalidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Miedo, indeci- sión y/o inse- guridad	3	13,04	2	13,33	0	0	0	0	5	9,62
Confusión	3	13,04	0	0	4	57,14	3	42,86	10	19,23
Serenidad	5	21,74	5	33,33	1	14,29	1	14,29	12	23,08
Ira, rabia, impulsividad	5	21,74	5	33,33	1	0	3	42,86	13	25,00
Liberación	3	13,04	1	6,66	0	0	0	0	4	7,69
No sentía nada	2	8,70	1	6,66	1	14,29	0	0	4	7,69
Otros	2	8,70	1	6,66	1	14,29	0	0	4	7,69

TABLA N^a 76. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 19.28$ P=N.S.)

Estudiamos la situación psicopatológica tras el acto suicida, durante la primera entrevista, que fué llevada a cabo dentro de las 24 horas inmediatamente posteriores al mismo. Se valoró el humor depresivo (ALONSO-FERNANDEZ, 1985) tal como se expresa en las tablas n^{as} 77 y 78. Destacaron la tristeza y la desesperanza, con la particularidad de que esta última estuvo mucho mas presente entre los suicidios frustrados (75%) que entre las tentativas (33,33%), por igual que el pensar que hubiese sido mejor no haber nacido. Según el diagnóstico psicopatológico, se advierte una mayor importancia de la desesperanza entre depresivos (56,52%) y alcohólicos y dorgadictos (57,14%). Los sentimientos de culpa estaban mas presentes entre los deprimidos (39,13%), por igual que la tristeza (78,26) y la falta de fuerzas para vivir (52,17%). El desprecio de si mismo se acumuló mas entre los esquizofrénicos (57,14%).

Se valoraron las características psicopatológicas mas relacionadas con la comunicación (Tablas n^{as} 79 y 80), entre las que destacaron principalmente la soledad (63,46%), necesidad de estimación (50%), necesidad de ayuda (48,08%), incomprensión (48,08%) y necesidad de comunicación (44,23%). La necesidad de estimación estuvo algo más presente entre el grupo de tentativas, aunque las diferencias mas llamativas entre este grupo y el de suicidios frustrados estuvo en la culpabilización que en las tentativas se dirigía hacia personas concretas (30,56%) o

hacia la sociedad en general (19,44%), ya que entre los frustrados no hubo ningún paciente que pensase que la culpa de lo sucedido podía adjudicarse a nadie concreto ni a la sociedad.

La soledad se hizo mas patente entre los deprimidos (69,57%), alcohólicos y drogadictos (71,43%), la incomprensión, entre alcohólicos y drogadictos (71,43%) seguidos de las neurosis y trastornos de la personalidad (53,33%). Entre los deprimidos estaba bastante extendida la creencia de servir únicamente para provocar daño a los demás (30,43%), por el contrario que en el resto de los grupos.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (HUMOR DEPRESIVO)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desesperanza	12	75,00	12	33,33	24	46,15
Culpa	5	31,25	12	33,33	17	32,69
Desprecio de si mismo	6	37,50	12	33,33	18	34,62
Tristeza	10	62,50	22	61,11	32	61,54
Falta de fuerzas para vivir	4	25,00	13	36,11	17	32,69
Cree que hubiese sido mejor no haber nacido	7	43,75	9	25,00	16	30,77

TABLA Nº 77. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (HUMOR DEPRESIVO)	Depresión		Neurosis y trastornos de la perso- nalidad		Alcoholismo y drogode- pendencias		Esquizofre- nia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desesperanza	13	56,52	5	33,33	4	57,14	2	28,57	24	46,15
Culpa	9	39,13	4	26,67	2	28,57	2	28,57	17	32,69
Desprecio de mismo	7	30,43	4	26,67	3	42,86	4	57,14	18	34,62
Tristeza	18	78,26	8	53,33	4	57,14	2	28,57	32	61,54
Falta de fuer- zas para vivir	12	52,17	4	26,67	1	14,29	0	0	17	32,69
Cree que hubie- se sido mejor no haber nacido	5	21,74	5	33,33	3	42,86	3	42,86	16	30,77

TABLA Nº 78. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (COMUNICACION)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soledad	9	56,25	24	66,67	33	63,46
Incomprensión	7	43,75	18	50,00	25	48,08
Necesidad de ayuda	7	43,75	18	50,00	25	48,08
Necesidad de comunicación	7	43,75	16	41,03	23	44,23
Necesidad de estimación	6	37,50	20	55,56	26	50,00
Cree que solo sirve para dañar a los demás	3	18,75	5	13,89	8	15,38
Culpabiliza a personas concretas	0	0	11	30,56	11	21,15
Culpabiliza a la sociedad en general	0	0	7	19,44	7	13,46

TABLA Nº 79. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (COMUNICACION)	Depresión		Neurosis y trastornos de la perso nalidad		Alcoholismo y drogodepen dencias		Esquizofre nia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soledad	16	69,57	9	60,00	5	71,43	3	42,86	33	63,46
Incomprensión	10	43,48	8	53,33	5	71,43	2	28,57	25	48,08
Necesidad de ayuda	12	52,17	6	40,00	4	57,14	3	42,86	25	48,08
Necesidad de comunicación	11	47,83	6	40,00	3	42,86	3	42,86	23	44,23
Necesidad de estimación	12	52,17	6	40,00	4	57,14	4	57,14	26	50,00
Cree que solo sirve para dañar a los demás	7	30,43	0	0	1	6,67	0	0	8	15,38
Culpabiliza a personas concre tas	7	30,43	2	13,33	1	6,67	1	6,67	11	21,15
Culpabiliza a la sociedad en gene ral	3	18,75	2	13,33	1	6,67	1	6,67	7	13,46

TABLA Nº 80. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

Valoramos también la crítica de la autoagresión dentro de las 24 horas inmediatamente posteriores a la misma (Tablas n^{as} 81 y 82), encontrándonos con que mas de una cuarta parte de los casos (26,92%) expresaban su supervivencia como una decepción, y un 15,38% expresaban abiertamente sus deseos de intentar de nuevo acabar con su vida. Este hallazgo era mas frecuente entre los deprimidos que entre otros grupos diagnósticos. Otros (36,54%) se mostraban indiferentes ante el resultado fallido, especialmente los alcohólicos y drogadictos (71,43%). Solo un número reducido (13,46%) decía alegrarse por no haber perdido la vida, y tan solo un caso se mostraba preocupado por las lesiones que se había provocado.

Casi una cuarta parte (23,08%) sentía vergüenza por lo ocurrido (Tabla n^a 83), lo que se podía observar mas entre el grupo de suicidios frustrados (31,25%), entre los deprimidos (34,78%) y los alcohólicos y drogadictos (28,57%), en relación a otros grupos (Tabla n^a 84). Un 16,67% del grupo de tentativas enjuiciaban la autoagresión como un acto de cobardía, por el contrario, ninguna persona de entre los suicidios frustrados se juzgaba en este sentido. Muy pocos (9,62%) vivieron la autoagresión como un desahogo, es decir, como una forma de descargar una elevada tensión psíquica.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (CRITICA DE LA AUTOAGRESION)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Decepción por no haber conseguido matarse	5	31,25	9	25,00	14	26,92
id. acompañada de deseos de intentar lo de nuevo	2	12,50	6	16,67	8	15,38
Indiferencia hacia el resultado de la autoagresión	6	37,50	13	36,11	19	36,54
Alegría por estar aún vivo	2	12,50	5	13,89	7	13,46
Preocupación por el daño corporal	0	0	1	2,78	1	1,92

TABLA Nº 81. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2 = 3.28$ P=N.S.)

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (CRITICA DE LA AUTOAGRESION)	Depresión		Neurosis y trastornos de persona lidad		Alcoholismo y drogodepen dencias		Esquizo- frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Decepción por no haber conseguido matarse	8	34,78	4	26,67	1	14,29	1	14,29	14	26,92
Id. acompañada de deseos de in- tentarlo de nuevo	5	21,74	2	13,33	0	0	1	14,29	8	15,38
Indiferencia ha- cia el resultado de la autoagre- sión	8	34,78	3	20,00	5	71,43	3	42,86	19	36,54
Alegría por es- tar aun vivo	4	17,39	2	13,33	0	0	1	14,29	7	13,46
Preocupación por el daño corporal	0	0	0	0	1	14,29	0	0	1	1,92

TABLA Nº 82. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=20$ P=N.S.)

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (VARIOS)	FRUSTRADOS		TENTATIVAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Verguenza	5	31,25	7	19,44	12	23,08
Cobardía	0	0	6	16,67	6	11,54
Desahogo (descarga de tensiones psicicas)	1	6,25	4	11,11	5	9,62
Indiferencia hacia el futuro	4	25,00	5	13,89	9	17,31

TABLA Nº 83. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2=3.9$ P=N.S.)

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS POSTERIORES A LA TENTATIVA (VARIOS)	Depresión		Neurosis y trastor de perso- nalidad		Alcoholis mo y drogo dependen- cias		Esquizo frenia		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Verguenza	8	34,78	2	13,33	2	28,57	0	0	12	23,08
Cobardia	3	13,04	1	6,67	1	14,29	1	14,29	6	11,54
Desahogo (descarga de tensiones psiquicas)	2	8,70	2	13,33	0	0	1	14,29	5	9,62
Indiferencia hacia el futuro	4	17,39	1	6,67	2	28,57	2	28,57	9	17,31

TABLA Nº 84. TENTATIVAS DE SUICIDIO. ($\chi^2= 23$ P=N.S.)

Durante la primera entrevista, se analizaron una serie de parámetros que podían servir como indicadores evolutivos del proceso (Tablas n^{as} 85 y 86), valorados de 1 a 5 puntos. En las tablas se exponen los datos agrupando las puntuaciones en baja (1 ó 2 puntos) media (3 puntos) y alta (4 ó 5 puntos). Como puede observarse en la tabla n^a 85, tras la tentativa no todos los pacientes afirmaban no tener deseos de seguir viviendo, sino que aproximadamente una cuarta parte de los casos decían tener bastantes deseos de vivir. La desesperanza fué muy alta en mas de un 80% de los casos, y mayor aún la desintegración familiar, presente en casi la totalidad de la muestra. La falta de integración social también resulta relevante, ya que se presenta con cifras muy bajas en casi el 80% del total de los casos. Tan solo dos casos presentaban un estado de salud general normal, siguiendo el criterio de Goldberg, presentando más de la mitad de los casos cifras muy bajas. El respectivo trastorno psiquiátrico cursaba con una sintomatología muy acusada en una gran mayoría de los casos estudiados. Las diferencias entre el grupo de suicidios frustrados y el de tentativas de suicidio no fueron significativ s.

Teniendo en cuenta el diagnóstico (Tabla n^a 86) observamos como los esquizofrénicos, alcohólicos y drogadictos tenían más deseos de vivir que los grupos de trastornos de

la personalidad y depresión. En este último grupo el deseo de vivir se encontraba particularmente bajo, si bien su integración familiar y social era algo superior al de otros grupos, en especial respecto del de esquizofrénicos, en el que todos los casos presentaban una falta de integración muy marcada. La desesperanza estuvo representada de forma muy similar en todos los grupos. La salud general estaba más deteriorada entre los deprimidos, y el trastorno psiquiátrico era mas acusado también entre éstos y entre los esquizofrénicos.

CARACTERISTICAS EVOLUTIVAS ANALIZADAS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA		Suicidios Frustrados	Tentativas de Suicidio	Total
---	--	-------------------------	------------------------------	-------

Ganas y fuerzas para vivir	Baja	12	27	39
	Media	4	8	12
	Alta	0	1	1
Esperanza y organi- zación de futuro	Baja	13	30	43
	Media	3	6	9
	Alta	0	0	0
Integra- ción fami- liar	Baja	14	32	46
	Media	0	3	3
	Alta	2	1	3
Integra- ción social	Baja	12	29	41
	Media	2	6	8
	Alta	2	1	3
Salud General	Baja	9	20	29
	Media	6	15	21
	Alta	1	1	2
Trastorno Psiquiatrico	Baja	13	27	40
	Media	3	8	11
	Alta	0	1	1

TABLA N° 85. TENTATIVAS DE SUICIDIO.

CARACTERISTICAS EVOLUTIVAS ANALIZADAS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA		Depresión	Trastornos de la personalidad	Alcoholismo y drogodependencia	Esquizaofrenia
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	22	12	3	2
	Media	1	2	4	5
	Alta	0	1	0	0
Esperanza y organización de futuro	Baja	18	13	6	5
	Media	5	2	0	2
	Alta	0	0	1	0
Integración familiar	Baja	18	14	7	7
	Media	2	1	0	0
	Alta	3	0	0	0
Integración social	Baja	15	14	5	7
	Media	6	1	1	0
	Alta	2	0	1	0
Salud General	Baja	16	7	3	3
	Media	7	6	4	4
	Alta	0	2	0	0
Trastorno Psiquiátrico	Baja	22	8	3	7
	Media	1	6	4	0
	Alta	0	1	0	0

TABLA N° 86.- TENTATIVAS DE SUICIDIO.

E-3.- ESTUDIO III: SEGUIMIENTO

Se aplicó el tratamiento semiestructurado anteriormente descrito y fueron valorados los mismos seis parámetros estudiados durante el día de la primera entrevista (Tablas nº 85 y 86), en las entrevistas semanales sucesivas durante el primer mes posterior a la tentativa de suicidio. Durante este mes hubo algunos pacientes que abandonaron el tratamiento debido a su mejoría, a problemas de domicilio, de transporte, de índole laboral, etc... Seis no acudieron a la tercera entrevista y otros seis no acudieron a la cuarta.

Entre los suicidios frustrados (Tabla nº 87) la mejoría fué progresiva en casi todos los parámetros analizados excepto en el de integración social, en el que prácticamente no experimentaron mejoría. La evolución se hace claramente positiva tras 15 días de tratamiento tal como puede observarse en la codificación de la tercera entrevista, excepto en lo que concierne a la salud general que experimenta una mejoría en la segunda entrevista seguida de un posterior retroceso.

Con el grupo de tentativas (Tabla nº 88) se obtienen unos resultados similares, si bien, entre estos se consigue la mejoría en la integración social que no se pudo lograr con el grupo de suicidios frustrados. En general la evolu-

ción es más favorable entre las tentativas, excepto en lo que se refiere a integración familiar, en la que se obtienen resultados pobres e inferiores a los de los suicidios frustrados.

Entre los deprimidos (Tabla nº 89) se produjo una mejoría franca y progresiva en todos los parámetros, exceptuando el de la salud general, que presenta una rápida mejoría en la segunda entrevista tras la que sigue una recaída obteniéndose tras el primer mes una evolución escasamente favorable. Entre los diagnósticos de trastorno de la personalidad (Tabla nº 90) se produce una evolución progresivamente favorable, en todos los parámetros, especialmente en lo que a deseos de vivir, esperanza y sintomatología del trastornos psiquiátrico se refiere.

RASGOS EVOLUTIVOS
ANALIZADOS DURANTE
EL PRIMER MES
(SUICIDIOS FRUSTRADOS)

		1 ^a entre vista	2 ^a entre vista	3 ^a entre vista	4 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	12	10	4	3
	Media	4	3	8	4
	Alta	0	3	2	5
Esperanza y organiza- ción de fu- turo	Baja	13	8	4	3
	Media	3	6	7	7
	Alta	0	2	3	2
Integra- ción familiar	Baja	14	12	8	5
	Media	0	2	4	3
	Alta	2	2	4	4
Integración social	Baja	12	13	10	9
	Media	2	1	2	1
	Alta	2	2	2	2
Salud General	Baja	9	6	6	5
	Media	6	4	7	6
	Alta	1	6	1	1
Trastorno psiquiatri- co	Baja	13	11	5	4
	Media	3	3	7	4
	Alta	0	2	2	4

TABLA Nº 87. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO).

RASGOS EVOLUTIVOS ANALIZADOS DURANTE EL PRIMER MES (TENTATIVAS DE SUICIDIO)		1 ^a entre vista	2 ^a entre vista	3 ^a entre vista	4 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	27	18	10	7
	Media	8	14	11	7
	Alta	1	4	11	14
Esperanza y organiza- ción de fu- turo	Baja	30	24	13	8
	Media	6	9	12	13
	Alta	0	3	7	7
Integración familiar	Baja	32	30	24	18
	Media	3	4	2	4
	Alta	1	2	6	6
Integración social	Baja	29	22	14	11
	Media	6	12	15	10
	Alta	1	2	3	7
Salud General	Baja	20	15	17	13
	Media	15	13	13	12
	Alta	1	8	2	3
Trastorno Psiquiatri- co	Baja	27	22	11	3
	Media	8	13	12	9
	Alta	1	1	9	16

TABLA Nº 88. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO).

RASGOS EVOLUTIVOS 1^a entre 2^a entre 3^a entre 4^a entre
ANALIZADOS DURANTE vista vista vista vista

EL PRIMER MES

(DEPRESIONES)

Ganas y fuerzas para vivir	Baja	22	15	7	6
	Media	1	8	12	6
	Alta	0	0	3	7
Esperanza y organiza ción de futuro	Baja	18	14	11	8
	Media	5	8	7	7
	Alta	0	1	4	4
Integración familiar	Baja	18	17	13	10
	Media	2	2	3	3
	Alta	3	4	6	6
Integración social	Baja	15	13	9	8
	Media	6	7	10	4
	Alta	2	3	3	7
Salud General	Baja	16	11	14	12
	Media	7	8	7	5
	Alta	0	4	1	2
Trastorno Psiquia- trico	Baja	22	19	10	4
	Media	1	4	8	8
	Alta	0	0	4	7

TABLA Nº 89. TENTATIVAS DE SUICIDIO (SEGUIMIENTO).

RASGOS EVOLUTIVOS ANALIZADOS DURANTE EL PRIMER MES (NEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD)		1 ^a entre vista	2 ^a entre vista	3 ^a entre vista	4 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	12	10	5	3
	Media	2	4	3	4
	Alta	1	1	4	4
Esperanza y organiza ción de futuro	Baja	13	11	4	2
	Media	2	3	5	7
	Alta	0	1	3	2
Integración familiar	Baja	14	13	9	6
	Media	1	2	1	2
	Alta	0	0	2	3
Integración social	Baja	14	12	8	8
	Media	1	2	2	2
	Alta	0	1	2	1
Salud General	Baja	7	6	4	3
	Media	6	5	7	8
	Alta	2	4	1	0
Trastorno Psiquiatri co	Baja	8	7	4	3
	Media	6	7	3	3
	Alta	1	1	5	5

TABLA Nº 90. TENTATIVAS DE SUICIDO (SEGUIMIENTO).

Alcohólicos y drogadictos (Tabla nº 91) tienen una evolución poco homogénea y escasamente favorable en muchos aspectos. El fracaso mas llamativo concierne a la integración familiar, ya que en este sentido no se logró ningún resultado positivo. Entre los esquizofrénicos (Tabla nº 92) se obtienen muy buenos resultados de forma progresiva y homogénea en todos los apartados, exceptuando los de integración familiar y social, en los que la evolución es menos favorable. Durante la tercera entrevista, los deseos de vivir están ampliamente recuperados, y no existe desesperanza marcada. La salud general experimenta una mejoría progresiva, sin acusar el retroceso de la tercera entrevista que hemos observado en otros grupos.

Concluida esta primera fase de tratamiento, se propuso a los pacientes ampliar en dos meses mas el tratamiento, sin descartar la posibilidad de que el alta pudiera producirse en un plazo mas breve de tiempo. 30 fueron incluidos en esta segunda fase terapéutica, realizándoles una entrevista quincenal para continuar evaluando los parámetros que se habían valorado previamente.

Entre los suicidios frustrados (Tabla nº 93) se produjo una notable mejoría progresiva en todos los parámetros analizados, incluida la integración social, cuya evolución durante el primer mes (Tabla nº 87) había sido escasamente favorable.

Entre las tentativas de suicidio (Tabla nº 94) se obtuvo una gran mejoría en lo que se refiere a deseos de vivir, desespe^{ra}ranza, salud general y trastorno psiquiátrico. La mayor dificultad fué conseguir una mayor integración familiar, objetivo no logrado tras el primer mes de tratamiento, y que pese a la ampliación de éste continuó siendo el parámetro con una evolución menos favorecida.

Dos casos del total de pacientes estudiados repitieron su conducta autodestructiva dentro de un periodo de tres meses posteriores a la tentativa estudiada. Uno de ellos había sido diagnosticado de depresión, y su intento de suicidio fué llevado a cabo estando ingresado en el hospital dentro de la segunda semana posterior a la tentativa de suicidio (fué un suicidio frustrado) estudiada por nosotros. Diez días después realizó un nuevo intento de suicidio durante el primer fin de semana en que se le permitió volver a su domicilio para volver a reingresar el lunes siguiente.

El otro paciente que repitió una conducta autolesiva, había sido diagnosticado de alcoholismo. Tras el primer mes de tratamiento no fué incluido en el seguimiento posterior debido a su mejoría y a que deseaba reincorporarse plenamente a su trabajo. La tentativa de suicidio fué realizada ocho semanas después de la tentativa de suicidio estudiada por nosotros, es decir, cuatro semanas después de haber concluido la primera fase de tratamiento y fuera por tanto del seguimiento, ya que este quedó entonces interrumpido.

RASGOS EVOLUTIVOS ANALIZADOS DURANTE EL PRIMER MES
(ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIAS)

		1 ^a entre vista	2 ^a entre vista	3 ^a entre vista	4 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	3	2	2	1
	Media	4	3	2	0
	Alta	0	2	1	2
Esperanzas y organiza- ción de fu- turo	Baja	6	4	2	1
	Media	0	2	2	1
	Alta	1	1	1	1
Integra- ción fami- liar	Baja	7	7	5	3
	Media	0	0	0	0
	Alta	0	0	0	0
Integra- ción social	Baja	5	5	3	0
	Media	1	2	2	3
	Alta	1	0	0	0
Salud general	Baja	3	2	2	1
	Media	4	3	2	0
	Alta	0	2	0	2
Trastorno Psiquia- trico	Baja	3	2	1	0
	Media	4	3	2	0
	Alta	0	2	2	3

TABLA N° 91. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO).

RASGOS EVOLUTIVOS ANALIZADOS DURANTE EL PRIMER MES (ESQUIZOFRENIA)		1 ^a entre vista	2 ^a entre vista	3 ^a entre vista	4 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	2	1	0	0
	Media	5	2	2	1
	Alta	0	4	5	6
Esperanza y organi- zación de futuro	Baja	5	3	0	0
	Media	2	2	5	5
	Alta	0	2	2	2
Integra- ción fami- liar	Baja	7	5	5	4
	Media	0	2	2	2
	Alta	0	0	0	1
Integra- ción social	Baja	7	5	5	4
	Media	0	2	3	2
	Alta	0	0	0	1
Salud General	Baja	3	2	0	0
	Media	4	1	3	2
	Alta	0	4	4	5
Trastorno psiquia- trico	Baja	7	5	1	0
	Media	0	2	6	2
	Alta	0	0	0	5

TABLA N° 92. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO).

RASGOS EVOLUTIVOS POSTERIORES (SUICIDIOS FRUSTRADOS)		5 ^a entre vista	6 ^a entre vista	7 ^a entre vista	8 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	3	2	0	0
	Media	1	1	1	1
	Alta	4	4	5	5
Esperanza y organiza- ción de fu- turo	Baja	2	2	1	0
	Media	1	1	0	1
	Alta	5	4	5	5
Integración familiar	Baja	3	2	1	1
	Media	1	2	1	1
	Alta	4	3	4	4
Integración social	Baja	5	3	1	0
	Media	1	2	4	4
	Alta	2	2	1	2
Salud General	Baja	1	0	0	0
	Media	3	3	1	1
	Alta	4	4	5	5
Trastorno Psiquia- trico	Baja	3	2	1	0
	Media	3	2	1	2
	Alta	2	3	4	4

TABLA N° 93. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

RASTOS EVOLUTIVOS POSTERIORES (TENTATIVAS DE SUICIDIO)		5 ^a entre vista	6 ^a entre vista	7 ^a entre vista	8 ^a entre vista
Ganas y fuerzas para vivir	Baja	4	3	1	0
	Media	6	3	3	0
	Alta	12	11	13	14
Esperanza y organiza- ción de fu- turo	Baja	6	0	2	0
	Media	8	8	1	0
	Alta	8	9	14	14
Integración familiar	Baja	13	9	9	6
	Media	4	4	3	2
	Alta	5	4	5	6
Integración social	Baja	6	2	1	0
	Media	7	4	3	4
	Alta	9	11	13	10
Salud general	Baja	2	0	0	0
	Media	8	2	2	0
	Alta	12	15	15	14
Trastorno Psiquia- trico	Baja	1	1	1	0
	Media	9	1	2	0
	Alta	12	15	14	14

TABLA N° 94. TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

Para analizar la relación entre las cuatro primeras entrevistas en cada parámetro estudiado prospectivamente por nosotros, hemos aplicado el programa "multiway tables descriptive" del B.M.D.P. - 4F. (Ucla, 1981), utilizando modelos de ajuste de las frecuencias de cada de las posibilidades evolutivas para entender mejor la relación entre las secuencias evolutivas, aplicando regresión logística. Las tablas de cuádruple entrada que hemos realizado (TABLA N° 95) nos generan 15 modelos u opciones asociativas seleccionadas por el programa estadístico χ^2 y nos dan la probabilidad del mismo en función de los grados de libertad.

El programa tiene en cuenta las interacciones posibles entre cada una de las posibilidades evolutivas, aunque este tema, por su complejidad, desborda los límites de nuestra discusión. El modelo de regresión logística es una herramienta de análisis de las relaciones entre variables, utilizando el logaritmo de las frecuencias esperadas, combinando linealmente sus efectos, de una forma similar al modelo de análisis de varianza, excepto que en el logaritmo de las frecuencias esperadas, combinando linealmente sus efectos, de una forma similar al modelo de análisis de varianza, excepto en que el logaritmo de las frecuencias esperadas sustituye a los valores esperados en el modelo de análisis de varianza. Dada la complejidad de estas tablas, tan solo reproducimos una (TABLA N° 95), correspondiente a la evolución del primer parámetro (ganas de vivir) durante el primer mes de tratamiento, con la finalidad de que sirva como muestra del análisis llevado a cabo. Para los restantes parámetros nos limitaremos a exponer algunos de los resultados es-

En el análisis de la regresión logística encontramos que en el primer parámetro (ganas y fuerzas para vivir), la predicción de buen pronóstico se logra con los datos procedentes de la entrevista anterior a la tercera semana de evolución, ya que la probabilidad es muy alta en la prueba de χ^2 de asociaciones parciales. En lo que a esperanza y organización de futuro se refiere, nos llama la atención como tan to el modelo completo de 80 grados de libertad como el modelo parcial son significativos y, por lo tanto son ajustados con nuestro sistema de análisis. Sin embargo, al analizar las asociaciones parciales, vemos que la 1ª, 2ª y 3ª entrevis ta son buenos predictores del resultado final, y que en cualquiera de los momentos, los resultados nos van a apoyar en la predicción de mejoría de los pacientes en este mes de seguim iento

Los resultados obtenidos para el parámetro de integra ción social nos confirman con 80 grados de libertad, que el modelo evolutivo es matematicamente generalizable y que la progresión de mejoría es evidente. El mismo resultado obtene mos en el de salud general, observando que son los primeros 15 días los definitivos para predecir la estabilidad en el plazo de este análisis. La evolución de la gravedad de la psicología subyacente vuelve a confirmarnos la progresividad del modelo en el análisis de regresión con una sucesión de

GANAS Y FUERZAS PARA VIVIR

1ª entrevista	2ª entrevista	3ª entrevista	4ª entrevista			
			Baja	Media	Alta	Total
Baja	Baja	baja	13	4	0	17
		media	3	3	4	10
		alta	0	0	0	0
		Total	16	7	4	27
	Media	baja	0	0	0	0
		media	0	3	4	7
		alta	2	1	1	4
		Total	2	4	5	11
	Alta	baja	0	0	0	0
		media	1	0	0	1
		alta	0	0	0	0
		Total	1	0	0	1
Media	Baja	baja	1	0	0	1
		media	0	0	0	0
		alta	0	0	0	0
		Total	1	0	0	1
	Media	baja	1	0	0	1
		media	0	0	1	1
		alta	0	0	3	3
		Total	1	0	4	5
	Alta	baja	1	0	0	1
		media	0	0	0	0
		alta	0	0	4	4
		Total	1	0	4	5
Alta	Baja	baja	0	0	0	0
		media	0	0	0	0
		alta	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0
	Media	Baja	0	0	0	0
		media	0	0	0	0
		alta	0	0	0	0
		Total	0	0	0	0
	Alta	baja	0	0	0	0
		media	0	0	0	0
		alta	0	0	0	0
		Total	0	0	1	1

TABLA Nª 95.- TENTATIVAS DE SUICIDIO. (SEGUIMIENTO).

mejoría gradual y con un modelo de interacción de las cuatro medidas que presenta un χ^2 de 176 para 80 grados de libertad, con una probabilidad superior al 99% y una correlación entre

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R. χ^2</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
Media	80	187.38	0.00000	395.28	0.0	
1	72	118.08	0.00051	299.66	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta línea						
2	9	6.93	0.64463	5.93	0.74721	20
3	0	- 0.00	1.00000	0.00	1.00000	3
4	0	0	1	0	1	
<u>EFFECT</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>χ^2</u>	<u>PROB.</u>			
A(1ª entre- vista)	2	3.83	0.1477			
B(2ª entre- vista)	2	2.37	0.3061			
C(3ª entre- vista)	2	13.58	0.0011			
D(4ª entre- vista)	2	49.52	0.0000			
AB	9	23.73	0.0048			20
AC	6	2.91	0.8205			20
AD	7	11.45	0.1203			20
BC	8	20.68	0.0080			20
BD	3	14.73	0.0021			7
CD	3	14.81	0.0020			20
ABC	0	0.13	1.0000			20
ABD	0	0.06	1.0000			20
ACD	0	0.00	1.0000			3
BCD	0	0.11	1.0000			20
ABCD	0	-0.00	1.0000			

ANALISIS DE LA TABLA Nº 95.

las cuatro variables analizadas con un coeficiente de correlación de Pearson de 331. Sin embargo, ninguna de las medidas parciales contribuyen significativamente de forma aislada al resultado obtenido durante el primer mes, excepto la 3ª entre-

- 386b-

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>LR-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
Media	80	215.19	0.00000	571.07	0.0	
1	72	123.44	0.00016	445.16	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea.						
2	3	2.96	0.39794	2.13	0.54642	20
3	0	-0.00	1.00000	0.00	1.00000	3
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>LR-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	8	91.75	0.00000	125.91	0.00000
2	69	120.48	0.00013	443.03	0.0
3	3	2.96	0.39794	2.13	0.54642
4	0	-0.00	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DE LA ESPERANZA Y ORGANIZACION DE FUTURO (PRIMER MES DE SEGUIMIENTO).

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>LR-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	80	291.10	0.0	1557.86	0.0	
1	72	119.09	0.00041	1825.31	0.0	2
2	0	0.37	1.00000	0.19	1.00000	14
3	0	0.0	1.00000	0.0	1.00000	2
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>LR-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	8	172.00	0.0	-267.45	1.00000
2	72	118.73	0.00044	1825.12	0.0
3	0	0.37	1.00000	0.19	1.00000
4	0	0.0	1.00000	0.0	1.00000

ANALISIS DE LA INTEGRACION FAMILIAR (PRIMER MES DE SEGUIMIENTO).

./.

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	80	223.96	0.000000	860.80	0.0	
1	72	109.02	0.00319	1263.79	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta línea						
2	13	7.82	0.85535	6.65	0.91917	20
3	3	0.00	0.99999	0.00	0.99999	3
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	8	114.94	0.00000	-402.99	1.00000
2	59	101.21	0.00052	1275.13	0.0
3	10	7.82	0.64683	6.65	0.75787
4	3	0.00	0.99999	0.00	0.99999

ANALISIS DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL. (PRIMER MES DE SEGUIMIENTO).

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	80	158.49	0.00000	253.31	0.0	
1	72	123.01	0.00017	184.42	0.00000	2
2	23	24.09	0.36654	30.90	0.12533	11
- el modelo no corrige por debajo de esta línea.						
3	0	0.06	1.00000	0.03	1.00000	20
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	8	35.48	0.00002	68.88	0.00000
2	49	98.32	0.00004	153.53	0.00000
3	23	24.63	0.36960	30.87	0.12606
4	0	0.06	1.00000	0.03	1.00000

ANALISIS DE LA SALUD GENERAL (PRIMER MES DE SEGUIMIENTO).

FACTORES	GRADOS DE LIBERTAD	L.R.-X ²	PROB.	PEARSON CHISQUARE	PROB.	ITERATION
MEDIA	80	176.62	0.00000	331.18	0.0	
1	72	90.31	0.07113	321.08	0.0	2
2	17	17.05	0.45088	13.64	0.69253	11
3	0	0.00	1.00000	0.00	1.00000	3
4	0	0	1	0	1	

FACTORES	GRADOS DE LIBERTAD	L.R.-X ²	PROB.	PEARSON CHISQUARE	PROB.
1	8	86.31	0.00000	10.11	0.25768
2	55	73.26	0.05042	307.44	0.0
3	17	17.05	0.45089	13.64	0.69254
4	0	0.00	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DEL TRASTORNO PSIQUIATRICO (PRIMER MES DEL SEGUIMIENTO).

FACTORES	GRADOS DE LIBERTAD	L.R.-X ²	PROB.	PEARSON CHISQUARE	PROB.	ITERATION
MEDIA	107	261.91	0.00000	1064.99	0.0	
1	98	153.14	0.00031	367.02	0.0	2
-el modelo no corrige por debajo de esta linea.						
2	11	7.75	0.73592	5.05	0.92852	20
3	3	0.0	1.00000	0.00	1.00000	2
4	0	0	1	0	1	

FACTORES	GRADOS DE LIBERTAD	L.R.-X ²	PROB.	PEARSON CHISQUARE	PROB.
1	9	108.77	0.0	697.97	0.0
2	87	145.40	0.00009	361.97	0.0
3	8	7.75	0.45873	5.05	0.75177
4	3	0.0	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DE LAS GANAS Y FUERZAS PARA VIVIR (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

Analizando el seguimiento posterior de los 30 pacientes que participaron en la segunda parte de este tercer estudio, observamos que el primer parámetro (ganas de vivir) comienza a modificarse en la primera entrevista y el ajuste del modelo representa una significación muy alta, con un $LR-X^2$ de 108 y una probabilidad superior al 99%. El mismo fenómeno nos encontramos con la esperanza y organización de futuro, siendo a su vez la predicción muy alta desde la primera entrevista, y por lo tanto orientarnos a como podrían evidenciarse quizá las intervenciones intermedias desde un punto de vista pronóstico. En integración familiar y en integración social a su vez, todas las entrevistas predicen el resultado, mostrando por lo tanto, una estabilidad suficientemente expresiva y mantenida, como se deduce de las tablas simples de presentación de los resultados. Tanto las variables salud general como la de trastorno psiquiátrico presentan el mismo comportamiento con una significación estadística muy alta. Estos datos expresan que los pacientes ya están bien, y por lo tanto mantienen su mejoría, y como el primer mes es el elemento fundamental en el seguimiento; y sin embargo, la estabilidad del tratamiento y los buenos resultados obtenidos a los tres meses de seguimiento aconsejan el programa que nosotros hemos realizado y verifican el poder pronóstico de cada una de las intervenciones.

- 386f-

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	107	269.99	0.00000	1280.55	0.0	
1	98	165.18	0.00003	500.16	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea						
2	0	0.39	1.00000	0.22	1.00000	
3	1	0.0	1.00000	0.00	1.00000	
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	9	104.81	0.0	780.39	0.0
2	98	164.79	0.00003	499.95	0.0
3	-1	0.39	1.00000	0.22	1.00000
4	1	0.0	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DE LA ESPERANZA Y ORGANIZACION DE FUTURO (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	161	314.36	0.0	2258.27	0.0	
1	150	154.68	0.37977	1593.27	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea.						
2	0	1.02	1.00000	0.54	1.00000	20
- el modelo no corrige por debajo de esta linea						
3	2	0.02	0.98762	0.01	0.99373	20
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	11	159.67	0.0	665.00	0.0
2	150	153.66	0.40194	1592.73	0.0
3	-2	0.99	1.00000	0.53	1.00000
4	2	0.02	0.98762	0.01	0.99373

ANALISIS DE LA INTEGRACION FAMILIAR (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	107	239.46	0.00000	1130.07	0.0	
1	98	155.36	0.00020	523.27	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea						
2	4	2.21	0.69796	1.37	0.84959	20
3	1	-0.00	1.00000	0.00	0.99957	3
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	9	84.09	0.00000	606.91	0.0
2	94	153.16	0.00011	521.90	0.0
3	3	2.21	0.53079	1.37	0.71286
4	1	-0.00	1.00000	0.00	0.99957

ANALISIS DE LA INTEGRACION SOCIAL (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	107	242.10	0.00000	964.49	0.0	
1	98	160.28	0.00007	700.59	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea						
2	4	0.83	0.93387	0.45	0.97816	20
3	2	0.0	1.00000	0.00	1.00000	3
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	9	81.83	0.00000	273.90	0.0
2	94	159.44	0.00003	700.14	0.0
3	2	0.83	0.65912	0.45	0.79841
4	2	0.0	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DE LA SALUD GENERAL (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

- 386h-

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>	<u>ITERATION</u>
MEDIA	107	228.76	0.00000	931.78	0.0	
1	98	140.55	0.00315	922.11	0.0	2
- el modelo no corrige por debajo de esta linea						
2	3	2.14	0.54455	1.19	0.75463	20
3	3	0.00	1.00000	0.00	1.00000	2
4	0	0	1	0	1	

<u>FACTORES</u>	<u>GRADOS DE LIBERTAD</u>	<u>L.R.-X²</u>	<u>PROB.</u>	<u>PEARSON CHISQUARE</u>	<u>PROB.</u>
1	9	88.20	0.00000	9.68	0.37716
2	95	138.42	0.00244	920.91	0.0
3	0	2.14	1.00000	1.19	1.00000
4	3	0.00	1.00000	0.00	1.00000

ANALISIS DEL TRASTORNO PSIQUIATRICO. (SEGUIMIENTO POSTERIOR).

F.- DISCUSION:

En nuestro trabajo encontramos en la ciudad de Madrid una tasa anual de suicidios consumados de 8,99 por cien mil habitantes. Cifra aproximadamente seis veces superior a las publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E., 1975). Esta discrepancia con las cifras oficiales en España ha sido puesta de manifiesto por numerosos autores que han llevado estudios similares al nuestro en otras ciudades como ESTRUCH y CARDUS (1982), MARTI (1983), SARRO (1985), etc... La O.M.S. (1975), también publica unas tasas de suicidio muy bajas para nuestro país, que vienen a ser de la mitad de las obtenidas en nuestro estudio, con lo que España queda situada entre los países con una tasa más baja de Europa, superando en suicidios solamente a Grecia, Irlanda y Malta, según las últimas cifras propuestas por la O.M.S. (1975).

En cualquier caso, si diéramos como válida para toda la nación la tasa obtenida en nuestro estudio llevado a cabo en la ciudad de Madrid, España continuaría a gran distancia de muchos países europeos, ya que quince de éstos continuarían presentando tasas más elevadas, siempre siguiendo las cifras propuestas por la O.M.S. (1975). Por tanto, tenemos que pensar que el fenómeno suicida no alcanza cifras especialmente alarmantes en nuestro país, si consideramos lo que sucede en otras naciones europeas; aunque la tasa es

elevada dentro de los países mediterráneos (solo seríamos superados por Francia). Ahora bien, siempre queda la duda de que unas tasas bajas de mortalidad por suicidio no solo obedezcan a una menor frecuencia del mismo, sino también a un aparato estadístico deficiente.

No pensamos haber recopilado en nuestro estudio todos los suicidios consumados en la ciudad durante el año 1984, ya que somos conscientes de que un buen número de estos habrán quedado encubiertos, sobre todo en forma de accidentes, especialmente en accidentes de tráfico y laborales. Estos obstáculos resultan prácticamente insalvables, tengamos en cuenta que DUBLIN (1963) calculaba que en Estados Unidos, un país afamado por sus precisiones estadísticas, el número de suicidios era, con toda probabilidad, de un tercio a un cuarto más de lo registrado.

En razón del sexo hallamos una tasa anual de suicidios consumados de 12,65 por cien mil para los varones y de 5,71 por cien mil para las mujeres; es decir, una relación aproximada de 2,2/1 a favor de los hombres. Cifra en concordancia con las publicadas por la O.M.S. y con la de la mayoría de los autores revisados como GORCEIX y ZIMBACCA (1968), MORON (1977), SCHNEIDER (1982), DAVIDSON y CHOQUET (1982), SHNEIDMAN (1982), SCHONY y Cols. (1984), KRYNSKI (1985),

FERNANDES DA FONSECA (1985), etc... Algunos encuentran una tasa superior, alrededor de 4/1 como GARFINKEL y COLOMBEK (1983), mientras que otros la sitúan cerca del 1,5/1 como RABINER y Cols. (1982). En España, siguiendo una metodología similar a la nuestra, ESTRUCH y CARDUS (1982) hallan cifras como las nuestras en la isla de Menorca, mientras que MARTI (1983) en Barcelona encuentra una relación proxíma al 1,5/1.

Esta mayor frecuencia del suicidio entre los varones puede explicarse por un mejor conocimiento de las técnicas más eficaces, por el empleo de técnicas más agresivas y mortíferas, por una mayor firmeza una vez que se ha tomado la decisión suicida y por, tal como han descrito PASQUALI y BUCHER (1981), una mayor elaboración y premeditación del acto suicida.

Teniendo en cuenta la edad, advertimos que ningún suicidio había sido consumado por menores de 15 años, siendo la tasa muy baja entre los menores de 20 años. Estas, sin embargo, se elevan notablemente a partir de los 60 años, y más aún en los mayores de 75 años en los que alcanza la cifra de 30 suicidios anuales por cien mil habitantes. Esta mayor frecuencia del suicidio a mayor edad, ya descrita hace casi cien años por DURKHEIM (1897) se viene confirmando en traba-

jos más actuales como los de GORCEIX y ZIMBACCA (1968), FARBEROW y SCHNEIDMAN (1969), HAIM (1976), BOULET (1982), McCLURE (1984), PELLICIER (1984), SCHONY y Cols. (1984), etc. ... Fenómeno observado en casi todos los países (SARTORIUS 1985), siendo menos frecuente entre los asiáticos, exceptuando Japón (HEDLEY, 1983). También en España ha sido destacada la elevada frecuencia del suicidio entre las personas de edad avanzada por numerosos autores como ROJO (1971), GINER (1972), SEVA (1976), ALONSO-FERNANDEZ (1979), ESTRUCH y CARDUS (1982), MARTI (1983), ROJAS (1984), etc...

Esta acumulación de suicidios entre las personas mayores se ha intentado explicar por una concomitancia de factores como el mayor padecimiento de enfermedades dolorosas, crónicas o incurables, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, los efectos depresógenos de ciertos medicamentos ampliamente utilizados entre sujetos de estas edades, el sentimiento de inutilidad y desplazamiento social subsiguiente a la jubilación que no se acompaña de suficiente capacidad de sacar partido a muchas horas de ocio, desplazamiento familiar, problemas económicos, falta de proyección hacia el futuro, pérdida de facultades físicas e intelectuales, fallecimiento del cónyuge, de amigos, etc...

Por tanto, los varones de edad avanzada serían los más expuestos. En nuestro estudio la tasa más elevada pertenece a los varones de 80 a 84 años de edad, que alcanza la

cifra de 90,25 suicidios anuales por cien mil habitantes; diez veces superior a la de la población general (8,99). En general, los varones mayores de 74 años presentan una tasa anual muy elevada: 53,74 suicidios por cien mil habitantes. Entre las mujeres también aumentan las tasas a partir de los 65 años, superando los 18 suicidios anuales por cien mil habitantes, más de tres veces superior a la tasa total para mujeres (5,71), si bien estas no aumentan progresivamente a partir de esta edad, siendo el grupo de 65 a 69 años el que acumula un mayor número de suicidios; lo que hace pensar que la mujer, una vez que llega a la vejez, tolera mejor que el hombre este proceso evolutivo, tal vez, porque muchas circunstancias sean más favorables y no se produzca un cambio a una forma de vida tan diferente con en el caso de los hombres.

Los datos relacionados con el estado civil no ofrecen toda la significación que deseáramos, ya que en un buen número de los casos no se pudo conocer el estado civil del fallecido. En cualquier caso obtenemos una mayor frecuencia entre los viudos, y especialmente entre las viudas. Esta notable influencia suicidógena que comporta la pérdida del cónyuge, ya descrita por DURKHEIM (1897) sigue defendida por los autores actuales como DUBLIN (1963), HARTELIUS (1967), FRANKE y Cols. (1977), ALONSO-FERNANDEZ (1978), BOKANOVSKY (1980), BORG y STAHL (1982), etc...

Nosotros hemos hallado entre los viudos una relación aproximadamente del doble que la de la población general, similar a la obtenida por ESTRUCH y CARDUS (1982), pero muy diferente a la descrita por MARTI (1983) en Barcelona, el cual la encuentra diez veces superior a la de la población general. Coincidimos con los dos autores citados en no hallar diferencias ostensibles entre los solteros y casados, lo que no concuerda con la mayor protección que se otorga a estos últimos por algunos autores como GOLDNEY (1981), AMARO y Cols. (1981), BORG y STAHL (1982) o MARTI (1983). No obstante puede deberse a la elevada proporción de la muestra en que se desconoce el estado civil.

Al estudiar en que periodo del año se producía un mayor número de suicidios, encontramos que durante la primavera (abril, mayo y junio) se producía un ligero aumento de los mismos, no significativo, siendo Junio el mes en que se producía una mayor acumulación de casos. Posiblemente esta mayor frecuencia del suicidio durante los meses primaverales se deba a la mayor incidencia de los trastornos psiquiátricos durante esta estación del año, hecho que Hipócrates ya puso de manifiesto (ZILBORG, 1941). Tras ESQUIROL y DURKHEIM muchos han sido los autores que han vuelto a sostener este postulado hipocrático como JACOBIZ-

NER y RABIN (1961), STENGEL (1965), LESTER (1971), EASTWOOD y PEACOCKE (1976), ALONSO-FERNANDEZ (1979), ROJAS (1984), etc... EASTWOOD y PEACOCKE (1976) describen otro pico también durante los meses de otoño, por igual que MEARES y Cols. (1981) en las mujeres y MARTI (1983) para la población total. Sin embargo, muchos otros no encuentran, como nosotros, diferencias verdaderamente significativas entre las diversas estaciones del año; tal es el caso de ZUNG y Cols. (1974), FARBEROW y SCHNEIDMAN (1969), GIACALONE y Cols. (1980), WIRE-JUSTICE y ARENT (1980), PARKER y WALTER (1982), SCHONY y Cols. (1984), etc...

El día de la semana durante el cual se consumó un mayor número de suicidios fué el miércoles (16,90%) y durante el que menos el sábado (11,97%). Por lo tanto, vemos como las diferencias tienen escasa relevancia. Resulta interesante, que el día en que las mujeres consumaron un mayor número de suicidios fué el lunes (20%), mientras que precisamente ese día fué en el que consumaron menos los hombres (12,70%); dato que puede estar en relación con que trabaja un menor número de mujeres.

La técnica más utilizada fué la precipitación, hecho que destaca notablemente, ya que en la mayoría de las estadísticas suele aparecer como técnica de tercer o cuarto

orden (O.M.S., 1976; GORCEIX y ZIMBACCA, 1968; SCHNEIDER, 1982; SCHONY y Cols., 1984, etc...), mientras que el ahorcamiento por suspensión suele ser la más utilizada. La ahorcadura aparece en nuestro estudio como la segunda técnica en frecuencia de utilización dentro de los suicidios consumados, tras la cual vendría la intoxicación y el uso de armas de fuego. Los hombres usaron técnicas más violentas que las mujeres, tal como han destacado STENGEL (1965) y POLDINGER (1969), siendo más frecuente entre estos la suspensión, y sobre todo el uso de armas de fuego, mientras que las mujeres recurrieron más al envenenamiento. Las intoxicaciones se llevaron a cabo en numerosas ocasiones mediante la asociación de diversos tóxicos, y fué una técnica más estudiada entre los jóvenes. La precipitación fué más utilizada por los ancianos, tal vez por su fácil accesibilidad y alta mortalidad en una ciudad en la que abundan los edificios elevados. Tanto más cuanto que la mayoría de estas precipitaciones se realiza ron desde el propio domicilio del fallecido.

Entre las tentativas de suicidio estudiadas por nosotros destaca su gravedad autolítica, que hizo imprescindible el ingreso hospitalario en la mayoría de los casos estudiados, compuestos en casi una tercera parte por suicidios frustrados. En el grupo de alcohólicos y drogadic-

tos fué donde se acumularon más suicidios frustrados, por el contrario que entre las neurosis y trastornos de la personalidad.

Las técnicas más utilizadas durante la tentativa de suicidio fueron la intoxicación farmacológica (48%) y las heridas por arma blanca (30%); la precipitación (12%) y el intento de ahorcadura (4%). En otros estudios también la intoxicación es la técnica más utilizada, pero de una forma mucho más representativa, oscilando entre un 60% y un 90% (AUSINA, 1975; TURON, 1975; KOVACS y Cols., 1975; SAINZ RUIZ, 1976; SARRO, 1981; GARFINKEL y Cols., 1982; GARCIA-MACIA y Cols., 1984; BAKER, 1984; HANSEN y WANG, 1984; STERN y Cols., 1984; etc...) lo que se explica por, tal como ya hemos dicho, tratarse nuestra población de un conjunto de intentos de suicidio mas graves que los que suelen referirse en la mayoría de otros trabajos al respecto, ya que la intoxicación farmacológica suele ser la técnica que comporta una menor gravedad. Las técnicas más duras y mortales fueron más utilizadas por esquizofrénicos y deprimidos (ahorcadura, precipitación...), las más agresivas (heridas) por alcohólicos y drogadictos, mientras que el grupo de neurosis y trastornos de personalidad recurrieron más a la intoxicación farmacológica, tal como cabía esperar dadas las respectivas características de los diversos cuadros psicopatológicos.

La frecuencia de avisos directos de suicidio en forma de advertencias directas no llegó a la quinta parte de los casos, por igual que sucedió en el estudio llevado a cabo en Barcelona por GARCIA-MACIA y Cols. (1984), quienes encontraron avisos en un 16,7% del total. Otros autores como RINGEL (1961), STENGEL (1965) o FREEDMAN y Cols. (1982) aportan cifras mucho más altas, alrededor del 75% por considerar en su conjunto los avisos directos e indirectos de suicidio.

Los pacientes habían acudido a un médico en gran proporción antes de realizar la tentativa de suicidio. Casi una cuarta parte acudieron durante la semana anterior, y mas de la mitad en el mes previo a la autoagresión. Cifra similar a las aportadas por GOMEZ DUPERTUS (1977), HAWTON y Cols. (1979), BORG y STAHL (1982) y ROY (1982), con la particularidad de que en casi la mitad de los casos estos médicos pertenecían a la especialidad de psiquiatría. Por tanto, hay que pensar en el momento actual, que los psiquiatras han enfatizado las posibilidades preventivas del médico general, olvidándose tal vez un poco de las propias. Tengamos además en cuenta que la importancia de los factores psicopatológicos es marcada, ya que las tres cuartas partes habían recibido tratamiento psicofarmacológico con anterioridad, y aproximadamente la mitad ya había estado ingresado en algún centro psiquiátrico previamente.

Revisando los antecedentes psiquiátricos de los "fami-
liares significativos" (HEAD, 1972), encontramos que su
frecuencia era elevada entre los cónyuges (36,67%), y las
madres de los pacientes (25%). Así mismo, no era demasia-
do raro que el cónyuge hubiese realizado también alguna ten-
tativa de suicidio (16,67%), por igual que la madre. Estas
dos figuras familiares aparecían como las más destacadas,
dentro de un ambiente familiar, con un componente psicopato-
lógico transmisible (genéticamente o no), donde el sujeto
puede aprender la conducta suicida o como una forma de salí-
da ante una determinada situación o como una forma de solu-
ción o de presión ante una problemática determinada, tal co-
mo han puesto de relieve autores como BERGSTKAND y OTTO
(1962), DANTO y KUTSCHER (1977), ALONSO-FERNANDEZ (1978) y
GARFINKEL y Cols. (1982), entre otros. La frecuencia con
que nosotros hallamos antecedentes suicidas en la familia
es asimilable a la de GARCIA-MACIA y Cols. (1984), e infe-
rior a la de otros autores como MURPHY y WETZEL (1982),
MURPHY y Cols. (1982) o ROY (1983).

Los padres de nuestros pacientes habían fallecido ha-
ce muchos años con más frecuencia de la que correspondía a
sus respectivas edades, lo que habla en favor de la posi-
ble importancia de las pérdidas paternas durante la infan-
cia y de los hogares deshechos como factores predisponentes

al suicidio; tesis propuesta por ZILBORG (1936) y PALMER (1941), que han venido confirmando los estudios de numerosos autores como: WALTON (1958), TUCKMAN y CONNON (1962), BRUHN (1962 y 1963), LAWLER y Cols. (1963), SUTTER y Cols. (1964), GREER (1964 y 1966), GAULTIER y Cols. (1965), DORPAT y Cols. (1965), STENGEL (1965), JACOBIZNER (1965), WINN y HALLA (1966), HALDANE y HAIDER (1967), KOHLER y CHAMBARD (1967), DUCHE (1968), SCHURT (1968), SENSEMAN (1968), BIRTCHNELL (1970), LESTER (1970), STANLEY y BARTER (1970), BARTFOS (1971), KOSKI (1971), PECK y SCHRUT (1971), BRANZE y Cols. (1972), WEISSMAN y Cols. (1973), SHAFFER (1974). CROOK y RASKIN (1975). TOOLAN (1975), WEROY y PEDDER (1976), ROHN y Cols. (1977), STANLEY y BARTER (1978), CRUMLEY (1979), GOLDNEY (1981), etc...

Respecto de los "life events" o acontecimientos vitales próximos de cierta importancia que hubiesen podido favorecer o desencadenar la conducta autolítica; los problemas con la pareja son los que aparecieron con mayor frecuencia (casi en la mitad de los casos), por igual ocurrió en los trabajos de BRUHN (1962), OTTO (1965), KESSEL (1965), WEITBRECHT (1965), KIELHOLZ (1967), POLDINGER (1969), MORON (1977), PACHECO y Cols. (1981), SHNEIDER (1982), SHNEIDMAN (1982), ROSENMAN (1983) y en los llevados a cabo

en España por ROJAS (1984), MILLA (1984) y GARCIA-MACIA y Cols. (1984). También, y por igual que en los trabajos de los autores citados, los conflictos familiares eran los segundos en importancia, afectando a una cuarta parte de los casos, seguidos de los problemas profesionales y/o económicos. Destaca que los problemas con la pareja fueran mucho menos frecuentes entre los suicidios frustrados que entre las tentativas de suicidio; y que uno de cada cuatro pacientes no relacionase con su conducta ningún acontecimiento vital, opinión mas extendida entre esquizofrénicos, alcohólicos y drogadictos.

Esto concuerda con que en la muestra estudiada por nosotros existiese un elevado número de casados sin hijos; población más expuesta según WIENZ (1982), así como de divorciados, separados y/o anulados, por igual que en los estudios de STACK (1980), ROSENMAN (1983) y KENDALL (1983). La mitad de los pacientes se quejaban de desplazamiento familiar anterior a la tentativa, mas extendido entre los casos de menor gravedad autolítica.

También recogimos algunos aspectos sociales de los últimos diez años, que podían orientar hacia una biografía difícil e inestable, con dificultad para mantener una interacción social adecuada, hallando que en aproximadamente una tercera parte de los casos existía una historia previa



de inestabilidad laboral, con frecuentes cambios de domicilio. Más de la mitad de nuestra población carecía de trabajo y tenían problemas económicos, confirmándose la importancia de una inestabilidad socio-laboral previa descrita por ALONSO-FERNANDEZ (1978), la influencia suicidógena que SAINSBURY (1955), BRUHN (1962), KIELHOLZ (1967), WEISSMAN (1974) y ROY (1982) atribuyen al desempleo, y STENGEL (1965), POLDINGER (1969) y SCHNEIDER (1982) a los problemas económicos. Casi un 40% de los pacientes estudiados se quejaban de sufrir desplazamiento social y laboral durante el periodo inmediatamente anterior a la tentativa de suicidio; a la vez que expresaban en porcentajes similares sentimientos de incompreensión, necesidad de ayuda y de estimación. Esto último estaba más presente entre los casos menos graves, quienes expresaban sentimientos de odio y vergüenza hacia los demás, por el contrario que los suicidios frustrados; situación que parece desvelar la vertiente de autoagresión como forma de dañar o culpabilizar a los demás, a través de la conducta suicida.

La soledad, considerada por muchos (KIELHOLZ, 1967; POLDINGER, 1969; GAZZANO, 1973; ALONSO-FERNANDEZ, 1978; ROY, 1982; ROJAS, 1984, etc...) como uno de los factores que más favorecen el suicidio, también estaba representada en nuestro trabajo. Casi una cuarta parte vivían solos durante el periodo en que realizaron la tentativa de suicidio, siendo este porcentaje más elevado entre los suicidios frustrados,

esquizofrénicos y deprimidos. Si bien, más de la mitad expresaban un marcado sentimiento de soledad.

La tristeza era reflejada en proporción muy similar a la de la desesperanza, y en cualquier caso en más de un 60% de los casos, confirmándose la tesis de BEDROSAIN y BECK (1979) sobre la importancia, cara al suicidio, de la desesperanza, entendida como "expectativas negativas hacia el futuro", tesis también confirmada en los recientes estudios de ROOSE y Cols. (1983) y de DYER y KREITMAN (1984). La desesperanza fué más frecuente entre los suicidios frustrados. Otros sentimientos frecuentemente expresados fueron la necesidad imperiosa de huir de la situación (40%) y el agotamiento insuperable (30%), con mayor representatividad aún entre los suicidios frustrados; lo que hace pensar que en no pocos casos la conducta suicida surge de la imposibilidad de hacer frente a la situación vivenciada como insuperable e inmodificable por sujeto, que, tal como ha dicho ALONSO-FERNANDEZ (1978), busca básicamente cambiar la situación. Los sentimientos de culpa y de fracaso existencial estuvieron presentes en más de una tercera parte de los casos, por igual que el de frustración, el cual, estuvo más representado entre los casos menos graves, apuntando hacia una intencionalidad suicida de carácter reactivo.

Casi la mitad de los pacientes padecían alguna enfermedad corporal durante el día que intentaron suicidarse, siendo este dato más frecuente entre los deprimidos y sobre todo entre las tentativas de mayor gravedad, ya que el 75% de los

suicidios frustrados padecían alguna enfermedad de índole so
mática, lo que confirma la importancia que han otorgado a es
te capítulo autores como SAINSBURY (1955), COHEN (1961),
LITMAN y FARBEROW (1961), STENGEL (1965), KIELHOLZ (1967),
POLDINGER (1969), GAZZANO (1973), KUBLER-ROSS (1974), PAYKEL
y Cols. (1975), MORON (1977), ALONSO-FERNANDEZ (1978),
OKHASA y Cols. (1981), PACHECO y Cols. (1981), ROJAS (1982),
SHNEIDMAN (1982), GARCIA-MACIA y Cols. (1984), CARBONEL
(1985), etc... Sin embargo, solamente un tercio de la mues-
tra global concedían a este dolor o molestias somáticas una
cierta relevancia.

La autoagresión fué llevada a cabo bajo tres mode-
los diferentes, aproximadamente igual de representados, se-
gún nos lo referían los propios sujetos. En unos casos se
trató de un acto impulsivo, similar a las reacciones en cor-
tocircuito descritas por POLDINGER (1969). Los intentos me-
nos graves eran los que en mayor número habían sido llevados
a cabo de esta manera, que también era más frecuente entre
las neurosis y trastornos de la personalidad.

En otros casos, se trató de un acto que fué llevado
a cabo con gran serenidad, de forma similar a lo que ALONSO-
FERNANDEZ (1978) ha denominado suicidios reflexivos. Esta mo
dalidad fué más común entre los diagnósticos de depresión,

neurosis y trastornos de la personalidad. Por último hubo otro grupo que refirió haber realizado el intento de suicidio bajo una situación de cierta confusión, en la que no sabían muy bien lo que hacían. Este tercer tipo fué más frecuente entre los suicidios frustrados y entre los diagnósticos de alcoholismo y drogodependencia.

Preguntando a los pacientes sobre su situación tras la tentativa, éstos afirmaron continuar con la misma tristeza y desesperanza que tenían anteriormente a la realización del intento. Estos estaban particularmente presentes entre los deprimidos, por igual que los sentimientos de culpa y la falta de fuerzas para vivir. Entre los alcohólicos y drogadictos la desesperanza también era muy marcada. El desprecio de si mismo fué más común entre los esquizofrénicos.

También continuaban igualmente presentes los sentimientos de soledad (63%), especialmente entre deprimidos, alcohólicos y drogadictos, la necesidad de estimación (50%) de ayuda (48%), la incomprensión (48%), sobre todo entre alcohólicos, drogadictos, neurosis y trastornos de personalidad, y la necesidad de comunicación (44%). Entre los intentos menos graves, casi una tercera parte achacaba a personas concretas la responsabilidad de su autoagresión, culpabilizándolas, y otros responsabilizaban a la sociedad. Sin embargo, esto no ocurrió en ninguno de los intentos clasificados como

suicidios frustrados, lo que nos orienta hacia una mayor gravedad autolítica en los casos en que la agresividad queda totalmente dirigida hacia el propio sujeto. Entre los deprimidos estaba bastante extendida la creencia de servir únicamente para provocar daño a los demás (30%) por el contrario que en el resto de los grupos.

Muy pocos pacientes sentían que su situación psicológica había mejorado tras la tentativa; por el contrario, muchos decían que seguían igual de mal en este sentido, y encima tenían que soportar las lesiones que el intento de suicidio había traído consigo. Menos de un 10% de los casos vivió la autoagresión como un desahogo, es decir, como una descarga de su tensión emocional; por lo que parece que la tesis de STENGEL (1965) sobre el efecto catártico beneficioso que comporta en si la misma tentativa por liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo en una explosión emocional, solo sucede en un número reducido de casos. Lo mismo podemos decir de las mejorías posttentativa descritas por GIACALONE y Cols. (1980) y por PARKER (1981).

Entre nuestros pacientes fué muy frecuente que hubiesen realizado alguna otra (un 14% más de diez) tentativas de suicidio previo, siendo más de la mitad los que ya se habían intentado suicidar con anterioridad, lo que concuerda con

los trabajos de KOVACS y Cols. (1976), BANCROFT y MASACK (1977), BAKER (1984) y GARCIA-MACIA y Cols. (1984) resultando ligeramente superior a la de otros trabajos llevados a cabo en nuestro país como los de SARRO y Cols. (1979) y BELTRAN y Cols. (1984), que sitúan la cifra alrededor del 40%. Entre los alcohólicos y drogadictos era mucho más frecuente esta historia suicida previa que entre los deprimidos.

Tiene especial importancia el tiempo que había transcurrido desde la última tentativa de suicidio anterior. En un 14% no llegaba a una semana, y en un 30% al mes. En más de la mitad de los casos el intento previo había sido efectuado dentro de los tres meses inmediatamente anteriores a la tentativa actual. Estos datos son comparables a los obtenidos en España por SARRO y Cols. (1979) y confirman el periodo de riesgo de tres meses defendido por FREEDMAN y Cols. (1982). Estos datos pueden ayudar a valorar la efectividad del tratamiento propuesto y aplicado por nosotros, ya que tan solo dos pacientes repitieron su conducta suicida durante este periodo de los meses posteriores a la tentativa de suicidio estudiada por nosotros; es decir, mucho menos de lo que hubiese cabido esperar. Tengamos en cuenta además, que dentro del primer día posterior a la tentativa de suicidio, más de una cuarta parte de los pacientes afirmaban estar decepcionados por haber fracasado en el intento, e incluso más de un 15% expresaban abiertamente sus deseos de intentar de nuevo acabar con

su vida. Este dato era más frecuente entre los deprimidos. Muchos otros se mostraban indiferentes por haber salvado la vida, y solamente un 13% decían alegrarse por este hecho.

Por tanto hay que pensar que el tratamiento aplicado ha resultado útil en la prevención del suicidio y de las tentativas de suicidio, la cual debe incluirse también dentro de la prevención del suicidio según la O.M.S. (1976). Estos rendimientos preventivos se acompañaron de la mejoría en los parámetros elegidos para valorar la evolución, los cuales guardaban estrecha relación con los objetivos fundamentales de la labor terapéutica.

Durante la primera entrevista llevada a cabo con el paciente tras su intento de suicidio, el parámetro que valoraba las ganas de vivir indicaba que no todos los pacientes afirmaban no tener deseos de seguir viviendo, sino que aproximadamente una cuarta parte de los casos decían tener bastantes deseos de vivir; esto último era muy frecuente entre la mayoría de los esquizofrénicos. Sin embargo, estos presentaban las diferencias más llamativas respecto de integración social y familiar. La salud general estaba más deteriorada entre los deprimidos, que también tenían la sintomatología psiquiátrica más exacerbada, junto con los esquizofrénicos. La desesperanza era muy representativa en todos los subgrupos. Las diferencias en relación con la gravedad del intento fueron muy escasas.

Según se fué aplicando el tratamiento propuesto por no sotros se obtuvo una mejoría progresiva en todos los parámetros en general. La integración social y familiar no mejoró hasta pasados 15 días en los suicidios frustrados, lo mismo ocurrió con las tentativas pero solo respecto de la integración familiar.

La ampliación en dos meses más del tratamiento propues to por nosotros favoreció una gran mejoría en la integración social de los pacientes que habían realizado un suicidio frustrado; integración social que no se pudo alcanzar, hasta un punto satisfactorio, durante el primer mes de tratamiento. También el grupo de tentativas de suicidio experimentó una clara mejoría tras los dos meses adicionales de tratamiento, excepto en lo que a integración familiar se refiere, parámetro que destacó como el de evolución menos favorable dentro de este subgrupo.

El establecimiento de una unidad de suicidología resul tó mostrarse útil dentro del contexto de un hospital general, para atender y prevenir las conductas suicidas en sus tres vertientes fundamentales (suicidios consumados, frustrados y tentativas de suicidio). Pudimos observar como para el buen funcionamiento de una unidad de esta índole, resultaba extraor dinariamente beneficiosa una buena coordinación principalmen-

te entre los servicios de urgencias, de unidad de cuidados intensivos y de psiquiatría dentro del propio hospital; ya que la aplicación precoz, es decir inmediatamente posterior a la tentativa, del tratamiento propuesto por nosotros facilitaba un proceso evolutivo favorable, de acuerdo con la opinión de MORON (1977); además de servir para evitar la dispersión de pacientes por otros servicios de atención médica no especializados en conductas suicidas, así como la repetición de la conducta autolítica a que algunos de estos pacientes parecen verse abocados cuando no se sienten correctamente atendidos, hecho en el que han hecho incapié los pacientes protagonistas de las tentativas de suicidio menos graves, pero más numerosas.

Por otro lado hemos podido comprobar con SARRO (1985) que el agrupamiento de pacientes suicidas, cara al tratamiento, constituye una técnica netamente beneficiosa, especialmente en lo que se refiere a psicoterapia de grupo, observándose efectos claramente favorables a partir de la segunda o tercera sesión.

Finalmente, el estudio estadístico que hemos llevado a cabo nos ha servido para confirmar que el mantenimiento de la división entre suicidios frustrados y tentativas de suicidio no adquiere peso estadístico suficiente. Vemos, pues, que posteriormente, lo que nosotros hemos definido desde el punto de vista clínico no tiene una entidad claramente diferenciada en lo que al grupo analizado por nosotros se refiere. También hay que hacer notar que la representación nuestra viene condi-

cionada por la dificultad de estudio de este grupo de enfermos y por el hecho de que tan solo el 50% de los que fueron identificados en urgencias acudieron a nuestro programa de tratamiento. A su vez, el hecho de que una gran parte de los pacientes con tentativas de suicidio sean atendidos en centros donde no existe servicio de psiquiatría, y de que incluso en nuestro hospital, algunos de los casos hayan sido directamente resueltos por especialistas en medicina interna, hace que nuestro peso no haya sido colocado en la representatividad de la muestra de tentativas de suicidio (Estudios II y III), y que por lo tanto defendamos, como así se deduce de las medidas de asociación matemática realizadas, tan solo, la validez intrínseca de nuestros datos, que puede ser una aportación a la formulación doctrinal de la introducción de este trabajo.

Sí bien la crítica fundamental viene condicionada por el tipo de muestra elegida, el análisis estadístico llevado a cabo para evaluar la eficacia preventiva del tratamiento aplicado por nosotros, habla de una alta efectividad y de elevadas probabilidades en la generalización de los resultados a pesar de esta crítica muestral. El diseño de nuestro trabajo, puede resultar enriquecedor en el contexto actual, y la multiplicidad de estudios abre todo un campo de interrogantes y soluciones, sobre las que se continúa investigando en nuestro departamento. En estudios posteriores verificaremos con una muestra más amplia y con un seguimiento mas prolongado, estas hipótesis que en el momento actual nos parecen esperanzadoras.

G.- CONCLUSIONES:

- 1ª.- El suicidio consumado es más frecuente en la ciudad de Madrid de lo que reflejan las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Estadística de España. Hay factores demográficos que delimitan, desde el punto de vista epidemiológico, una población con mayor riesgo, como son: pertenecer al sexo masculino, ser viudo y tener una edad avanzada; entre otros. La precipitación desde las alturas es la técnica más empleada en los suicidios consumados en la ciudad de Madrid.
- 2ª.- Los antecedentes psicopatológicos y suicidas de la familia, el cónyuge y del propio sujeto pueden favorecer el ulterior desarrollo de conductas suicidas, así como la pérdida de los padres durante la infancia. También parecen actuar en este sentido la inestabilidad y desintegración socio-laboral, determinados acontecimientos vitales (sobre todo los relacionados con problemáticas de índole amorosa y familiar), y las enfermedades de estirpe somática.
- 3ª.- Aunque no parece existir una estructura psicopatológica homogénea definitoria de la conducta suicida, parece que algunos sentimientos, sobre todo la soledad y la desesperanza están presentes con mucha frecuencia en el periodo inmediatamente anterior a la realización

del suicidio; dentro de una situación biográfica-existencial vivida como insostenible e insuperable.

- 4^a. - El paso al acto autoagresivo suele llevarse a cabo en tres modalidades básicas: bien de un modo impulsivo, de forma reflexiva, o bien en un estado de cierta confusión en la que el sujeto no sabe bien lo que hace. Tras el intento sucida en muy pocos casos varía espontáneamente la situación psicopatológica del individuo.
- 5^a. - A pesar de la importante diferencia clínica que existe entre los suicidios frustrados y las tentativas de suicidio propiamente dichas su evolución y respuesta al tratamiento son muy similares. Tampoco hemos hallado grandes diferencias en lo que se refiere a las características psicopatológicas que ofrecen ambos subgrupos. Entre las tentativas, el acto suicida tiene un carácter más impulsivo, la agresividad se dirige mas hacia el medio externo y los problemas de índole amorosa y familiar tienen un papel mas relevante. Entre los suicidios frustrados el acto suicida tuvo un carácter más confuso, estaba más relacionado con enfermedades corporales y el papel de la desesperanza fué mucho más relevante que en las tentativas de suicidio.

- 6^a.- La entidad psicopatológica de base moldea en cierto modo algunas características del acto suicida. Entre los depresivos destacaron especialmente los sentimientos de culpa, soledad e inutilidad. La energía y las enfermedades somáticas estuvieron más presentes entre ellos. Entre los diagnósticos de neurosis y trastornos de la personalidad predominó el sentimiento de incompreensión y la necesidad de ayuda y estimación. Entre ellos destacó la influencia de los "life events". Alcohólicos y drogadictos acumularon un mayor número de tentativas previas, y se quejaban de una gran incompreensión; el paso al acto suicida fué llevado a cabo bajo un estado de cierta confusión. Entre los esquizofrénicos la agresión se relacionó en menor medida con acontecimientos vitales próximos y más con fuertes sentimientos de soledad, falta de integración socio-laboral y la gravedad de su trastorno psiquiátrico.
- 7^a.- Los médicos en general, y especialmente los psiquiatras tienen grandes posibilidades de intervención en la prevención del fenómeno suicida, ya que un buen número de las personas que intentan suicidarse acuden a ellos poco antes de realizar su autoagresión.
- 8^a.- La aplicación a las personas que hayan intentado suicidarse de un tratamiento semi-estructurado específico que

contemple la vertiente farmacológica, psicológica y social de la psiquiatría puede resultar de utilidad para evitar la repetición de las conductas suicidas y para conseguir el restablecimiento y reinserción del paciente suicida.

- 9^a.- El establecimiento de una unidad de suicidología dentro del departamento de psiquiatría y psicología médica de un hospital general, que mantenga una especial conexión con los servicios de urgencias y unidad de cuidados intensivos del mismo, puede resultar muy útil en lo que se refiere a prevención, asistencia e investigación de los actos suicidas.

H.- B I B L I O G R A F I A

- A -

ABADI, M.: "El suicidio, enfoque psicoanalítico". En "La fascinación de la muerte". Paidós. Buenos Aires. (115-128). 1973.

"En torno de la muerte. Notas psicoanalíticas sobre una fantasía clave". En "La fascinación de la muerte". Paidós. Buenos Aires. (129-146). 1973.

"Notas para una reelaboración (1973) de algunas de mis construcciones acerca de la muerte y del suicidio". En "La fascinación de la muerte". Paidós. Buenos Aires. (149-160). 1973.

ABRIL, A.: "Antidepresivos y suicidio". Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense, Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. (Datos sin publicar). 1985.

ADAM, K. et al.: "Follow-up of attempted suicide in Christchurch". Aust. N.Z.J. Psychiatry, 17 (1), (18-25). 1983.

ADLER, A.: "El sentido de la vida". Espasa Calpe. Madrid. 1975.

"Selbstmord". Internationale zeitschrift für individualpsychologie. 15. (49-52). 1927

- AGREEN, H.: "life at risk: markers of suicidality in depression". Psych. developments 1, (87-90). 1983.
- "Sympton patterns in unipolar and bipolar depression correlating with monoamine metabolites in CSF: suicide". Psych. Research. 3, (225-229). 1980.
- AHMED, S.H.: "El suicidio en Pakistan". En: "Suicide in Asia and the Near East". University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (258-271). 1983.
- AKERSTED, T. y Cols.: "The circadian covariation of fatigue and urinary melatonin". Biol. Psychiat. 17, (547-554). 1982.
- ALESSI, N.E.; MCMANUS, M.; BRICKHAN, A.; GRAPENTINE, L.: "Suicidal behavior among serious juvenile offenders". Am. J. Psychiatry, 141, 2, (286-287). February. 1984.
- ALIBERT, J.L.: "Discurso sobre la conexión de la medicina con las ciencias físicas y morales". 'D. Francisco de Tóxar. Salamanca. 1803.
- AL-hakim, K.: "El suicidio en Syria". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles.

- AL-KASSIR, M.A.: "El suicidio en Iraq". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (284-295). 1983.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Bases psicosociales del alcoholismo". Tesis de admisión a la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. 1979.
- "Compendio de Psiquiatría". Oteo. Madrid. 1978.
- "Concepto y clasificación del síndrome depresivo". Pathos. 65, (15-28). 1984.
- "Conducta suicida en la adolescencia. (Un intento de penetración comprensiva en las estadísticas)". Psicopatología, 5, 2, (147-159). 1985.
- "Fundamentos de la Psiquiatría actual". Paz Moltalvo. Madrid. 1979.
- ALVAREZ, A.: "Le Dieu sauvage". Essai sur le suicide. Mercure de France. 1972.

AMARO, G.; POU, M.C.; MELLA, C.: "El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes". Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. XXII n° 3. Julio-Septiembre. 1981.

VON ANDICS, M.: "Suicide and the meaning of life". Hodge & Co. London. 1947.

ANGELES, F.A.: "Prevalencia de la idea, del intento y del suicidio en Salcedo, R.D.". Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana. 1985.

ANGLE, C.R.; O'BRIEN, T.P.; McINTIRE, M.S.: "Adolescent self-poisoning: a nine-year followup". J. Dev. Behav. Pediatr. 4/2 (83-87). 1983.

ANTON, C.; SALLE, C.; GUILLOUX, J.; MABRUT: "El suicidio del niño antes de la pubertad". Psicopatología, 4, 1 (33-38). 1984.

ARANDA, J.: "Problemas que presenta la elaboración de la estadística del suicidio". Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y America Latina. Tomo XVI. n° 8, (517-520). 1984.

- ARENT, J. y Cols.: "The effects of chronic, small doses of melatonin given in the late afternoon on fatigue man: a preliminar study".
Neurosci. Lett. 45 (317-321). 1984.
- ARGYLE, M.: "Religious behavior". Penguin Books.
London. 1958.
- ASBERG, M.: "5HIAA in the CSF" . Arch. Gen. Psych.
33, (1193-1197). 1976.
- "Suicidal behavior and the DST". Am. J.
Psych. 138, (993-995). 1981.
- AUBRY, A.: "La contagion du meurtre". Paris. 1888.
- AUSINA, V.; ANGUERA, I.: "Aportacion a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona". Med. Clin. 54, (452-456).
1975.
- AYUSO, J.L.; CABRANES, J.A.; GARCIA-CAMBA, E.; ALMOGUERA, M.I.:
"Pituitary-adrenal desinhibition and suicidal behavior in depressed patients"
1984. (en prensa).

- B -

BAECHLER, J.: "Les suicides". Calmann-Lévy. Paris. 1981.

BAKER, F.M.: "Black suicide attempters in 1980: a preventive focus". General Hospital Psychiatry. 6, (131-137). 1984.

BANCROFT, J.; SKRIMSHIRE, A.; SIMKINS, S.: "The reasons people give for taking overdose". Brit. J. Psychiat. 128, (538-548). 1976.

BANCROFT, J.; HAWTON, K.; SIMKIN, S.; KINGSTON, B.; CUMMING, C.;
WHITWELL, D.: "The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry". Brit J. Med. Psychol, 52, (353-365). 1979.

BANCROFT, J. et al.: "The respectiveness of self poisoning and self injury". Brit. J. Psychiat. 131, (394-399). 1977.

BANKI, C.M.; ARATO, M.; PAPP, Z.; ZUREZ, M.: "Biochemical markers in suicidal patients". Journal of Aff. Disorders. 6, (341-350). 1984.

BARBERO, J.L.: "El conflicto entre vida y libertad". Jano. 605-H. (71-81). 1985.

- BARHOUM, M.I.: "El suicidio en Jordania". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (321-332). 1983.
- BARRACLOUGH, B.; BUNCH, J.; NELSON, B.; SAINSBURY, P.: "A hundred cases of suicide: clinical aspects". Brit. J. Psychiatry. 125, (355-373). 1974.
- BARTER, J.T.; SNABACK, T.D.: "Adolescent suicide attempts". Arch. General Psychiatry. 19, (523-527). 1968.
- BARTH, P.: "The religions of India". London. 1891.
- BASSUK, E.L.; GILL, A.D.: "Lifelines: clinical perspectives on suicide". Plenum. Press. New York. London. 1983.
- BASTOS, O.: "Atuacoes psicoterapicas diante da ameaça de suicidio". J. Bras. Psiq. 32(3), (147-150). 1983.
- BATTEGAY, R.: "Selbstmurdprophylaxe bei suchtingen". Zeitschr. F. Prav. Med. 6,10,440. 1965.
- BAYET, A.: "Le suicide et la morale". Alcan. Paris. 1922.

- BAYET, J.: "Croyances et rites dans la Rome antique".
Payot. Paris. 1971.
- BAYREUTHER, H.: "Über den selbstmord in der nachkriegszeit eine
untersuchung von 1200 fallen aus einer
suddeutschen gross-stadt". Arch. Psychiat.
Nervenkr. 195, 264. 1956.
- BECK, A.T.: "Thinking and depression: I. Idiosyncratic
content and cognitive distortions". Archives
of General Psychiatry. 9, (324-335). 1963.
- BECK, A.T.; WEISSMANN, A.; LESTER, D.; TREXLER, L.: "The
measurement of pessimism: the hopelessness
scale" Journal of consulting and clinical
Psychology. 42, 6, (861-865). 1974.
- BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A.: "Hopelessness and
suicidal behavior: an overview". Journal of
the American Medical Association. 234,
(1146-1149). 1975.
- BECK, A.T.; SCHUYLER, D.; HERMAN, A.: "Development of
suicidal intent scales". En: "The prediction
of suicide". Ed. A. Beck, M. Resnik y D.
Letteri). Bowie, Maryland: Charles Press.
1979.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMANN, A.: "Assessment of suicidal intention; the scale for suicidal ideation". J. Consult. Clin. Psychol. 47, (343-352). 1979.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; McEIROY, M.G.: "Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics". Journal of studies on alcohol. 43, 9, (1042-1046). 1982.

BEDROSIAN, R.C.; BECK, A.T.: "Cognitive aspects of suicidal behavior". Suicidal & Live - Freatering Behav.. 9, (87-96). 1979.

BELGRAVE, T.B.: "The asylums for the insane in St. Petersburg and Copenhagen". Journal of Mental Science. 13, (7-19). 1867.

BERGOUIGNAN, M.: "Les depressions symptomatiques". Revue de Practicien, 1, 10. 1963.

BERGLUND, M.: "Suicide in alcoholism. A prospective study of 88 suicides: I. The multidimensional diagnosis at first admission". Arch. Gen. Psychiatry 41, (888-891). 1984.

- BERGSTRAND, C.G.; OTTO, V.: "Suicidal attempts in adolescence and childhood". Act. Pediatr. Scand. 51, (17-26). 1962.
- BERTILLON, J.: "Etude démographique sur le divorce et la separation de corps". Annales de Démographie. Septiembre. 1882.
- BERRIOS, G.E.: "Psiquiatria comunitaria y el equipo psiquiátrico para la intervención en crisis". En: "Psiquiatria en la comunidad y neurolépticos retaro". C.E.P.Y.P. Barcelona. (83-100). 1980.
- BERTRAN, A.; MARTORELL, T.; TORRAS, R.; NOGUE, S.; NADAL, P.; PARES, A.; WAS, A.: "Incidencia, problemática y patología clínica de los pacientes con intento de autolisis en una unidad de cuidados intensivos". Rev. de Psiquit. y Psicol. de Europa y América Latina. Tomo XVI, nº 8, (539-544). 1984.
- BESKOW, J.: "Suicide and mental disorder in swedish men". Act. Psychiatr. Scand. 59, Suppl. 277, (1-138). 1979.
- BETTELHEIM, B.; KARLIN, D.: "Un autre regard sur la folie". Paris. Stock. 1979.
- SAGRADA BIBLIA: A.T. Libro de los Jueces IX - 54
Libro de Samuel II, 17 (23)
Libro de los Reyes I. 16. 18

- BILLE-BRAHE, J.: "Persons attending suicide as clients in the Dawish Welfare system". Soc. Psychiatry. 17, (181-187). 1982.
- BIRTCHNELL, J.: "The relationship between attempted suicide, depression and parent death". Brit. J. Psychiat. 116, (307-313). 1970.
- BIRTCHNELL, J.; ALARCON, J.: "Depression and attempted suicide; a study of 91 cases seen in a casualty department". Brit. J. Psychiatry, 118, (289-296). 1971.
- BLACHLY, P.H.; DISHER, W.; ROUDNER, G.: "Suicide by Physicians". Bull. Suicidal. 1, (1).1968.
- BOHANNAN, P.: "African homicide and suicide". Princenton University Press. Princenton. 1960.
- BOJANOVSKY, J.: "Wann droht der selbstmord bei verwitweten?". Schweiz. Arch. Neuron. Neurochir. Psychiatr. 127, (99-103). 1980.
- BOLLEA, G.; MAYER, R.: "Psychopathology of suicide in the formative years". Acta Paedopsychiatr. Scand. 35, (336-344). 1968.
- VON BORCK, G.: "Dos casos de suicidio". Bol. de Inf. Grafo-psicológica. 4,5. 1981.

BREIER, A. et Cols.: "Characterization of schizophrenic patients who commit suicide". Am. J. Psychiatry. 141, (206-209). 1984.

BRENNER, B.; SELZER, M.L.: "Risk of causing a fatal accident associated with alcoholism, psychopathology and stress; further analysis of previous data". Behav. Sci. 14 (490-495). 1969.

BRENNER, M.H.: "Mortality and the national economy: a review and the experience of England and Wales 1936-76". Lancet 2, (568-573). 1976.

BRIDGES, P.K.; KOLLER, K.M.: "Attempted suicide: a comparative study". Comp. Psychiat. 7 (240-247). 1966.

BRIERRE DE BOISMONT, A.: "Du suicide et de la folie suicide". Germer-Bailliere. Paris. 1856.

BROWN, G.: "Aggression in humans correlates with CSF amine metabolites". Psych. Research. 1 (131-133). 1979.

"Aggression suicide and 5th relationships".
Am. I. Psych. 136, (746-741). 1982.

- BORG, S.; STAHL, M.: "A prospective study of suicides and controls among psychiatric patients". Acta Psychiat. Scand. 65, (221-232). 1982.
- "Prediction of suicide". Acta Psych. Scand. 65, (221-232). 1982.
- BOULET, J.: "Le suicide du vieillard". En: F. Bourliere, gerontologie, Flammaron Medicine-Sciences. Paris. 1982.
- BOYERS, S.: "The medical malpractice panel: its creation and effect". Psychiatric 51, (233-235). 1979.
- BRANZEI, P.; PIROZWSKI, T.; AVRAMOVICI, J.A.: "Considerations upon the attempts of suicide during infant-juvenile growth period". Acta. Psychiatr. Belg. 42, (413 y ss.).1972.
- BRATFOS, O.: "Attempted suicide: A comparative study of patients who have attempted suicide and psychiatric patient in general". Act. Psychiat. Scand. 47, (38 y ss.). 1971.

BRUHN, J.G.: "Broken homes among attempted suicides and psychiatric out-patients: a comparative study". J. Ment. Sci. 108, (772 y ss.). 1962.

"Comparative study of attempted suicides and psychiatric out-patients". Brit. J. Prev. Soc. Med. 17, (197 y ss.). 1963.

BUNNEY, W.: "Possibility of a biochemical test for suicidal potential". Arch. Gen. Psych. 13 (232-239). 1969.

BUONAFEDE, A.: "Historie critique et philosophique du suicide". Debécourt. Paris. 1841.

BURKE, A.W.: "Socio-cultural aspects of attempted suicide among women in Trinidad and Tobago". Brit. J. Psychiat. 125, (374-377). 1974.

BUSSATATID, S.; RUANGTRAKOOL, S.: "El suicidio en Thailandia". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (142-166). 1983.

- C -

- CACABELOS, R.: "El suicidio en Japon". Jano. n° 619. Junio.
(1-7). 1984.
- CADORET, R.; WINOKUR, G.: "Depression in alcoholism". Ann.
N.Y. Accd. Sci. 233, (34-39). 1974.
- CALZADILLA, L.: "Valoración del riesgo suicida en el paciente
deprimido". Rev. del Hospital Psiquiátrico de
La Habana. Vol. XXIV. n° 2. Abril-Junio. 1983.
- CAMPAILLA, G.: "Los psicofármacos antidepresivos y el suicidio"
Psicopatología 5, 2, (121-127). 1985.
- CAMUS, A.: "El mito de Sisifo". Ed. Losada. Buenos Aires.
1970.
- CANSINOS, R.: "Prólogo a los sufrimientos del joven Werther"
Obras Completas. Aguilar. T. I. 1974.
- CAPDEVILLA, A.: "Espectros, fantasmas y muñecos del romanti-
cismo". Obras escogidas. Ed. Aguilar. Madrid.
1958.
- CAPLAN, G.: "Principios de Psiquiatría Preventiva". Paidós.
Buenos Aires. 1966.

CAPSTICK, A.: "Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide". Brit. Med. J. (1179). 1960.

CARBONELL MASIA, C.: "Conducta suicida en la tercera edad". Psicopatología, 5, 2, (161-169). 1985.

CARDINALI, D.P.: "Melatonin, a mammalian pineal hormone". Endocrine Reviews 2. (327-346). 1981.

CARLSON, G.A.; STROBER, M.: "Manic-depressive illness in early adolescence. A study of clinical and diagnostic characteristics in six cases". J. Amer. Acad. Child. Psychiat., 17, (138-153). 1978.

CARO BAROJA: "Los judios en la España moderna y contemporánea". Tomo I., (284). 1962.

CASSEM. N.: "Treating the person confronting death". En: Nicholi, A.M. "The Harvard guide to modern psychiatry". Harvard University Press. Cambridge. 1980.

CASSORLA, R.M.S.: "Características das famílias de jovens que tentaram suicídio em Campinas, Brasil: Um estudo comparativo com jovens, normais e psiquiátricos". Acta Psychiat. Psicol. Amer. Lat., 30, (125-134). 1984.

- CATULO: Carm.; LI, S. (Traducción de Juan G. de Luaces),
en: "Los Poetas de la Antiquedad". Citado por
Montaigne, en: "De la tristeza". Ensayos. Ed.
Orbis. T.I. (8-11). Barcelona. 1984.
- CHABROL, H.: "Les comportements suicidaires de l'adolescente".
P.U.F. Paris. 1984.
- CHANOIT, P.F.: "Raices psicopatológicas de los actos suicidas".
Psicopatología 5,2 (115-120). 1985.
- CHIA, H.B.: "El suicidio en Singapore". En: "Suicide in Asia
and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University
of California Press, Berkeley and Los Angeles.
(101-141). 1983.
- CHILES, J.A.; MILLER, M.L.; COX, G.B.: "Depression in an
adolescent delinquent population". Arch. Gen.
Psychiatry 37, (1179-1184). 1980.
- CHODORKOFF, B.: "Alcoholism and ego function". Q.J. Stud.
Alcohol. 25, (292-299). 1964.
- CHOQUET, M; DAVIDSON, F.: "Famille et suicide. Quelle e
famille pour les suicidants?". Psychologie Medicale
16 (12), (2035-2037). 1984.

- CERLETTI, C.: Citado por Bernard de Freminville. En: "La raison du plus fort, ¿Traiter ou maltraiter les fous?". Sevil. 1977.
- CESAR, J.: "Guerra de las Galias". VI, 14.
- CICERON: "El sueño de Escipión". La República, VI, 10.
- CIOMPI, L.: "L'evolution des maladies mentales préexistante de la viellesse". Confrontations Psychiatriques, 5, (113-131). 1970.
- CIOMPI, L.; EISERT, M.: "Etudes catamnesticques de Lunge Durée sur le vieillissement des alcooliques". Soc. Psychiatry, 6, (129-151). 1971.
- CIORAN, E.M.: "Les mauvais demiurge". Gallimard. Paris. 1969./// "El aciago demiurgo". Taurus. Madrid. 1974.
- CIVEIRA, J.; DUEÑAS, M.; DE LAS HERAS, J.; MARTIN, M.: "Intervención en la conducta suicida". Psicopatología 5,2, (171-180). 1985.
- CLAUDE, H.: "Psiquiatría Médico-Legal". Espasa-Calpe. Madrid. 1933.

- COEURDEROY, E.: "Marina: sobre el suicidio". Oeuvres Jours d' Exil. Cap. I. Stock. Paris. 1910-1911.
- COHEN, J.: "A study of suicide pacts". Medico-Legal J. 2^a, (144). 1961.
- COHEN-SANDLER, R.; BERMAN, A.L.; KING, R.A. et al.: "Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behavior in children". J. Am. Acad. Chil. Psychiatry, 21, (1978-186). 1982.
- COLONNA, L.; LOO, H.: "Le desequilibré: Psychique ou neurotique?". Rev. Praticien. 22, (3493-3506). 1972.
- COMBS-ORME, T.; TAYLOR, J.R.; SCOTT, E.B.; HOLMES, S.J.: "Violent deaths among alcoholics". Journal of studies of alcohol. Vol. 44,6, (938-949). 1983.
- CONRAD, K.: "La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio". Alhambra. Madrid. 1963.
- COPAS, J.B.; FRYER, M.J.: "Density estimation and suicide risks in psychiatric treatment". Journal of the Royal Statistical Society. Series A, 143, (167-176). 1980.

- COPAS, J.B.; ROBIN, A.: "Suicide in Psiquiatric in patients"
Brit. J. Psyquiat., 141, (503-511). 1982.
- CORAN: III, 139.
XVI, 63.
LVI, 60.
- CORRYEL, A.: "Suicide and the DST in unipolar depression".
Am. J. Psych. 138, (1120-1121). 1981.
- "Suicide behavior and the DST: Lack of
Association". Am. J. Psych. 139,
(1214-1215). 1982.
- COSTA MOLINARI, J.M. y Cols.: "El suicidi". Monografies
mediques. nª 5. Academia de Ciencies
Médiques de Catalunya i de Balears.
Barcelona. 1977.
- CORMON, J.L.B.: "Dictionnaire portatif et de prononciation,
Espagnol-Français et Français-Espagnol, a
l'usage des deux nations". Cormon,
Reymann, Bruyset. Lyon. (2 Tomos).
1800.

- CRAIG, S.: "Dexametasone effects on self-rated mood in depressed in patients". Am. J. Psych. 141, (147-148). 1984.
- CRAMMER, J.L.: "The special characteristics of suicide in hospital in-patients". Brit. J. of Psychiat. 145, (460-476). 1984.
- CROOK, T.; RASKIN, A.: "Association of childhood parental loos with attempted suicide and depression". J. Cons. Clin. Psychol. 43, (277 y ss.). 1975.
- CRUMLEY, F.E.: "Adolescent suicide attempters". Jama. 241, (2404 y ss.). 1979.

- D -

- DAMLGREN, K.G.: "On death-rates and causes of death in alcohol addicts". Acta Psychiat. Scand. 26 (279-311). 1951.
- DANTON, B.; KUTSCHER, A.: "Suicide and bereavement". Arno. Press. New York. 1977.
- DAVIDSON, F.; CHOQUET, M.: "Le suicide de l'adolescent. Etude épidémiologique". Ed. ESF. Paris. 1982.
- DELMAS, A.: "Psychologie pathologique du suicide". Alcan. Paris. 1932.
- DESHAIES, G.: "Psychologie du suicide". P.U.F. Paris. 1947.
- "Les doctrines du suicide". L'evol. Psychiat. 41, 1952.
- DIEKSTRA, R.F.: "Epidemiology of attempted suicide in the EEC". Bibliotheca Psychiat. 162, (1-16). 1982.
- DISSANAYAKE, S.A.W.; DE SILVA, P.: "El suicidio en Sri Lanka". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (167-209). 1983.

- DOLLARD, J. et al.: "Frustration and aggression". Routhledge and Kegan Paul. London. (Pag. 8). 1944.
- DORPAT, T.; RIPLEY, H.S.: "A study of suicide in the seattle area". Compr. Psychiatry 1, (349-359). 1960.
- DORPAT, T.; JACKSON, J.K.; RIPLEY, H.S.: "Broken homes and attempted and complete suicide". Arch. Gen. Psychiat. 12, (213 y ss.). 1965.
- DORSCH, M.N.; RÖDER, D.M.: "A comparison of Australian suicide rates in 1969-73 and 1976-80". Aust. N.Z.J. Psychiatry 17/3. (254-257). 1983.
- DOTZAUER, G.; GOEBELS, H.; LEGEWIE, H.: "Selbstmord und selbstmordversuch". Munch. Wschr. 105, (973). 1963.
- DROKOVA, S.; ZEMEK, P.: "Telephone help to big-city population, its relation to psychiatric first aid and its importance in prevention of suicides: 3rd summary report: 1967-1977". Ceskoslovenska-Psychiatrie. 75 (175-181). 1979.
- D S M III: Masson. Barcelona. 1983.
- DUBLIN, L.I.: "Suicide. A sociological and statistical study". New York. Ronald Press Co. 1963.

- DUCHE, D.J.: "Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent". Acta Paedoprichiati. (Basel), 35, (345 y ss.). 1968.
- DUCHENE, E.: "La psychiatrie devant le suicide et l'événement en lumière et vie". (32). 1957.
- DURKHEIM, E.: "El suicidio". Akal. Madrid. 1982./// "Le suicide. Etude de sociologie". Alcan. Paris. 1897.
- DYER, J.A.; KREITMAN, N.: "Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide". Brit. J. Psychiat. 144 (127-133). 1984.

- E -

- EASTWOOD, M.R.; PEACOCKE, J.: "Seasonal petterns of suicide, depression and electroconvulsive theraphy". Brit. J. Psychiat. 129, (472-475). 1976.
- ECKARDT, M.: Citado por J. Wisse en: "Selbstmord und todesfurcht bei den natur volkern". Zutphen. 1933.
- ECONOMO, J.C.: "Le comportemen suicide et le probleme de la tentative". Revue de Sc. Crimin. et de Droit Penal Comp., 4. 1959.
- EDWARDS, J.E.; WHITLOCK, F.A.: "Suicide and attempted suicide in Brisbane". Med. J. Aust. 1, 1^a parte (932-938), 2^a parte (989-999). 1968.
- EFERAKEYA, A.E.: "Drugs and suicide attempts in Benin City, Nige-ria". Brit. J. of Psychiat. 145, (70-73). 1984.
- ENNIS, J.: "Family practice self-hard: II Deliberate non-fatal self-harm". Canad. Med. Assoc. J. 129 (2), (121-125). 1983.
- ESQUIROL, E.: "Des maladies mentales considerées sour les rapports: médical, hygienique et médico-legal". Meline, Cans. Bruxelles (259-331). 1838.

ESTRUCH, J. y CARDUS, S.: "Los suicidios". Ed. Herder.
Barcelona. 1982.

ETTLINGER, R.W. y FLORDH, P.: "Attempted suicide". Acta
Psychiat. Neurol. Scand. Suppd. 103. 1955.

EVELYN, L.; GOLDBERG, Sc.D.: "Depression and suicide ideation
in the young adult". A. J. Psychiatry 138, 1.
January. 1981.

EZZAT, D.H.: "El suicidio en Kuwait". En: "Suicide in Asia
and the Near East". Ed. Lee A. Headley.
University of California Press, Berkeley and
Los Angeles. 1983.

- F -

FABRE-LUCE, A.: "La mort a changé". Gallimard. Paris. 1966.

FAGIANI, M.B.; SCARSO, G.: "Somatizzazione e suicidio: due modelli di comunicazione". Minerva Psichiatr. 21, (313-326). 1980.

FALLOON, I.; WATT, D.; SHEPHERD, M.: "A comparative controlled trial of pimozide and fluphenazine decanoate in the continuation therapy of schizophrenia". Psychological Medicine, 8, (59-70). 1978.

FALLOON, I.; TALBOT, R.E.: "Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management". Psychological Medicine, 11, (329-339). 1981.

FALRET, P.: "De l'hypocondrie et du suicide". Paris. 1822.

FARBEROW, N.L.; SHNEIDMAN, E.: "¡Necesito ayuda! . Estudio sobre el suicidio y su prevención". La Prensa Mexicana. México. 1969.

FARBEROW, N.L.: "The many faces of suicide indirect self-destructive behavior". McGraw Hill Book Co. New York. 1980.

- FARZAM, H.: "El suicidio en Iran". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (238-257). 1983.
- FAU, R.; CHATEAU, R.; MACHU, M.: "Le suicide chez l'adolescent". Annales Méd-Psychol. I, nº 1. Enero. 1965.
- FEDERE, H.: "Selbstmordprophylaxe in der analyse". J. Psychoanal Paed. 1929.
- FERNANDES DA FONSECA, A.: "Epidemiologia y clasificación de los actos suicidas". Psicopatología 5,2 (101-107). 1985.
- FINZEN, A.: "Psychiatrische behandlung und suicide. Methoden. Probleme bei der untersuchung des suizids unter psychiatrische behandlung". Psychiatr. Prax. 104, (103-108). 1983.
- FINZEN, A.: "Psychiatric treatment and suicide". Psychiatr. Prax. 10/4, (103-108). 1983.
- FIRTH, R.: "Suicide and risk-taking in tikopia society". Psychiatry 24. 1961.

- FISHBAIN, D.A.; D'ACHILLE, L.; BARSKY, S.; ALDRICH, T.E.: "A controlled study of suicide pacts" . J. Clin. Psychiatry 45/41, (154-157). 1984.
- FORSYTH, I.: "The highlands of Central India". London. 1871.
- FORTA, J.A. y DECK, E.F.: "Reconstrucción social después de la muerte". En: "Sociología de la muerte". Madrid. Sala. 1974.
- FOUCAULT, M.: "La volonté de savoir". Gallimard. Paris. 1976.
- FRANKE, R.H.; THOMAS, E.W.; QUEENEN, A.J.: "Suicide and homicide: Common sources and consistent relationships". Soc. Psychiat. 12, (149-156). 1977.
- FRAZER, A. y Cols.: "Melatonin secretion in depression" . Neuropsychopharmacol. Emit. Veterans Administration Med. Center, Philadelphia. 1984.
- FREDERIK, C.J.: "Drug abuse as self-destructive behavior". Drug. therapy, 2, (49-68). 1972.
- FREIXA, F.; BACH, L.; VIDAL, J.; MEDIAVILLA, B.; TORRES, B.: "La enfermedad alcohólica y el suicidio". 1969-1980. Barcelona. 1981 (Sin publicar). Citado por SARRO, B.: "Annotations sur la conduite suicidaire en Espagne". Depression et suicide. Pergamon Press. (53-60). 1981.

- FREUD, S.: "Más allá del principio del placer". Obras Completas. Tomo III. Biblioteca Nueva. Madrid. (2506-2541). 1981.
- FREY, D.H.; MOTTO, J.A.; RITHOLZ, M.D.: "Group therapy for persons at risk for suicide: an evaluation using the intensive desing". Psychother: Theory, Res. Pract. 20/3. (281-293). 1983.
- FROMM, E.: "La revolución de la esperanza". Fondo de Cultura económica. México. 1968.
- FULTON, R.: "La última enfermedad y la muerte: La asistencia final". SALA. Madrid. 1974.

- G -

GALLE-TESSONNEAU, T.R.; HADNI, J.C.: "Le pilote et la mort".
Ann. Med. Psychologiques. Paris. 142(2),
(236-240), Feb. 1984.

GANESVARAN, T.; SUBRAMANIAM, S.; MAHADEVAN, K.: "Suicide in
a northern twon of Sri Lanka". Acta Psychiat.
Scand. 69, (420-425). 1984.

GARCIA-MACIA, R.; SARRO, B.; GIRO, M.; OTIN, J.M.: "Estudio
descriptivo-estadístico de las tentativas de
suicidio atendidos en un servicio de urgencias
de un Hospital General". Rev. de Psiquiat. y
Psicol. Med. de Europa y América Lat. Tomo
XVI, nº 8, (530-538). 1984.

GARFINKEL, B.D.; FROESE, A.; HOOD, S.: "Suicide attempts in
children and adolescents". Am. J. Psychiatry
139, 10, (1257-1261). 1982.

GARFINKEL, B.D.; COLOMBECK, H.: "Suicidal behavior in
adolescence". En: Colombeck, H. y Garfinkel, B.:
"The adolescens and mood disturbance".
International Universities Press. New York.
(189-220). 1983.

GARRISON, E.: "Le suicide en droit romain et en droit français".
Toulouse. 1883.

GAULTIER, M.; FOURNIER, E.; ZIMBACCA, N.; GORCEIX, A.: "Les intoxications aiguës volontaires chez les sujets de moins de 21 ans". Ann. Méd. Leg. 45, 67. 1965.

GAZZANO, A.J.A.: "Clínica y terapéutica del suicidio". En: "La fascinación de la muerte". Ed. Paidós. Buenos Aires. (193-207). 1973.

"Prevención del suicidio en el nivel comunitario". En: "La fascinación de la muerte". Ed. Paidós. Buenos Aires. (209-216). 1973.

GEEERTINGER, P.; THEILADE, P.: "Mode of death in poisoning with dextropropoxyphene (Dans)". Ugeskr. Laeg. 145/17. (1294-1297). 1983.

GIACALONE, T.; BERINI, B.; WASSERMANN, D.; CROCA, L.; PEIGNE, F.: "A propos de 100 sujets traités à l'hôpital Cochon pour brûlures consécutives à un geste suicidaire". Ann. Med. Psychol. 138,4. (445-453). 1980.

GIIMENEZ, J.C.; MORALES, C.; LEZAGA, J.: "La intoxicación medicamentosa voluntaria; estudio epidemiológico con especial mención a las diferencias observadas en función de la gravedad del intento suicida". Acta del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría (Jaca, 7,8,9 y 10 de Febrero 1983). Tomo I. (Epidemiología Psiquiátrica). (243-252). 1983.

GOETHE, J.W.: "Los sufrimientos del joven Werther".
Obras Completas. Ed. Aguilar. T. I.
1984.

GOFFMAN, E.: "Stigma. Notes on the management of
spoiled identity". Englewood Cliffs.
N.J. Prentice-Hall. 1963/// "Estigma.
La identidad deteriorada". Buenos
Aires. Morrortu. 1970.

GOLDNEY, R.D.: "Attempted suicide: correlates of
lethality". M.D. Thesis. University
of Adelaide. 1979.

"Are young women who attempt suicide
hysterical?". Brit. J. Psychiat. 138,
(141-146). 1981.

"Attempted suicide in young women:
correlates of lethality". Brit. J.
Psychiat. 139, (382-390). 1981.

"Parental loss and reported childhood
stress in young women who attempt
suicide". Acta Psychiat. Scand. 64,
(34-59). 1981.

GOLDNEY, R.D.; ADAM, K.S.; O'BRIEN, J.C.; TERMANSEN, P.:
"Depression in young women who attempted
suicide". J. of Aff. Dis. 3, (327-337).

- GOLDNEY, R.D.; KATSIKISTIS, M.: "Cohort analysis of suicide rates in Australia". Arch. Gen. Psychiatry, 40, (71-74). 1983.
- GOMEZ DEPERTUS, D.P.: "El suicidio: crisis de desesperación". Estudio preliminar a "El suicidio" de P. Moron. Ed. Abaco. Buenos Aires. 1980./// "Le suicide". Presses Universitaires de France. Paris. 1977.
- GONCEIX, A.; ZIMBACCA, N.; DURANCY, E.: "Nocivité du milieu environnant dans le déterminisme des conduites suicidaires". Encéphale, 5, (362-448). 1971.
- GONZALEZ, R.; DONAIRE, I.; CATACA, A.; RAMOS, M.: "Las tendencias suicidas en el alcoholismo". Rev. del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. XXIII. N° 4. (549-561). 1982.
- GOODWIN, D.W.: "Alcohol in suicide and homicide". Quart. J. Stud. Alcohol, 34, (144-156). 1973.
- GORCEIX, A. y ZIMBACCA, N.: "Etudes sur le suicide". Masson. Paris. 1968.

- GOTTFRIES, C.: "Platelet MAO activity to mental disorders. Suicidal behavior". Progress in Neuropsychoph. 4, (185-192). 1980.
- GREEN, A.H.: "Psychopatología of abuse children". J. Am. Acad. Child. Psychiatry. 17, (92-104). 1978.
- GREER, S.: "The relationship between parental loss and attempted suicide: A control study". Brit. J. Psychiat. 110, (698 y ss.). 1964.
- "Parental loss and attempted suicide: a further report". Brit. J. Psychiat. 112, (465 y ss.). 1966.
- GRUHL, H.: "Geographie des selbsmordes". Nevenarzt. 13, (337). 1940.
- "Selbstmord". Leipzig. Georg Thieme. 1940.
- GUILLO, P.: "Apectos psicodinámicos del suicidio". Psicopatología, 5,2, (109-113). 1985.

- GUILLON, C.; LA BONNIEC, Y.: "Suicidio. Técnicas, historia, actualidad". A.T.E. Barcelona. 1983.
- "Suicide. Mode d'emploi histoire, technique, actualité". Ed. Alain Moreau. 1982.
- GUTTMACHER, M.S.: "The Mind of the murdered". Farrar, Straus and Cudahy. New York. 1960.
- GUZE, S.B.; ROBINS, E.: "Suicide and primary affective disorders". Brit. J. Psychiatry. 125, (355-373). 1974.

- H -

- HAIM, A.: "Les suicides d'adolescents". Payot. Paris. 1970.
- HALBWACHS, M.: "Les causes du suicide". Alcan. Paris. 1930.
- HALDANE, J.D.; HAIDER, I.: "Attempted suicide in clindren and adolescents". Brit. J. Clin. Pract. 21, (587 y ss.). 1967.
- HALLSTROM, T.: "Life - weariness, suicidal thoughts and suicide attempts among women in Gothenburg. Sweden". Acta Psychiat. Scand. 56, (15-20). 1977.
- HANSEN, W.; WANG, A.: "Suicide attempts in a Danish Region". Social Psychiatry. 19, (191-201). 1984.
- HARDER, T.: "The psychopatology of infanticide". Acta Psychiat. Scand. 43, (196-245). 1967.
- HARE, E.H.; WALTER, S.D.: "Seasonal variation in admissions of psychiatric patients and its relation to seasonal variation in their birth". Journal of Epidemiology and Community Health, 32, (47-52). 1978).

- HARTELIUS, H.: "A study of suicides in Sweden 1951-63 including a comparison with 1925-1950". Acta Psychiat. Scand. 43, (121). 1967.
- HAUSER, A.: "Historia social de la literatura y del arte". Tomo II. Ed. Guadarrama. Barcelona. 1982.
- HAWTON, K.; GATH, D.; SMITH, E.: "Management of attempted suicide in Oxford". Brit. Med. J. 2, (1040-1042). 1979.
- HAWTON, K.; MARSACK, P.: "The attitudes of psychiatrists to deliberate self-poisoning: comparison with physicians and nurses". Brit. J. Med. Psychol. 54, (341-348). 1981.
- HEADLY, L.A.: "Conclusión". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. 1983.
- "El suicidio en Hong Kong". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (87-100). 1983.

- HEIDEGGER, M.: "El ser y el tiempo". Fondo de Cultura Económica. México. 1974.
- HELLYER, G.: "Introducción a la Psiquiatría infantil". P.V.F. Paris. (228-240). 1952.
- "Psychoses collectives et suicides collectifs". Presses Universitaires de France. 1973.
- HENDIN, H.: "Suicide in Denmark". Froum. (Columbia University). Vol. VI. 1961.
- "Suicide in América". New York. 1982.
- HENSLIN, J.M.: "Strategies of adjustment: An ethnomethodological approach to the study of guilt and suicide". En: "Survivors of suicide". Cain A.C. Springfield, III, Charles C. Thomas. 1972.
- DE LAS HERAS, F.J.: "Prevención del suicidio en el mundo laboral" A.F.E.S., 17 (11-19). 1983.
- DE LAS HERAS, F.J.; FLORES, M.: "Psicopatología en los protagonistas del Romanticismo". Rev. Dominicana de Psiquiat. 1,3. (41-64). 1984.
- DE LAS HERAS, F.J.: "Criterios para evaluar el riesgo de suicidio". Tribuna Sanitaria, 24, (25-27). 1985.
- HERRERO, L.; SABANES, F.; PAYES, E.: "Trastornos psíquicos en la tercera edad". Hoechst Ibérica. Barcelona. 1985.
- HIMSON, J.: "Strategies for suicide intervention by telephone" Suicide & Life Threatening Behavior. 12 (176-184).

- HIPOCRATES: "Sobre las Vírgenes (Peri Parthenion)".
En.: Harper & Row. "Madness in society-
chapters in the historical sociology of
mental illness". 1968. Traducción espa-
ñola: "Locura y Sociedad. Sociología
Histórica de la enfermedad mental".
G. Rosen. Alianza Universidad. Madrid.
1974.
- HOBROUCKER, B.: "The personality of adolescents with
parasuicides: comparison of samples and
taxonomic classification". Prax.
Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 32/3.
(105-114). 1983.
- HOLDING, T.A.; BUGLASS, D.; DUFFY, J.C.; KREITMAN, N.:
"Parasuicide in Edimburgh. A seven-year
review 1968-64". Brit. J. Psychiat. 130,
(534-543). 1977.
- HOLINGER, P.C.: "Adolescent suicide: An epidemiological
study of recent trends". Am. J. Psychiatry
135. (754-756). 1978.

- HOLINGER, P.C.; OFFER, D.: "Perspectives on suicide in adolescence. In research in social and community mental health". Vol. II. Ed. Simmons R. Greenwich. Conn. J.A.I. Press. 1971.
- "prediction of adolescent suicide: A polulation model". Am. J. Psychiat. 139, 3 (302-307). 1982.
- "Violent deaths among the young: Recent trends in suicide, homicide, and accidents". Am. J. Psychiatry. 136, (1.144-1.147). 1979.
- HORACIO: De Art. Poét., V. 467. Citado por Montaigne en: "Sobre nuestro juicio de las muertes ajenas". Ensayos. Tomo II. Ed. Orbis. Barcelona. (247-257). 1984.
- HORNEY, K.: "Self analysis". Norton y comp. New York. 1942.
- HURLIN, M.: "Le suicide dans l'ancien droit francais". Memoria D.E.S. Nancy. 1952.

- I -

INAMDAR, S.C.; LEWIS, D.O.; SIOMOPOULOS, G.; SHANOK, S.S.;

LAMELA, M.: "Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents". Am. J. Psychiatry 139, 7, July. 1982.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Estadística del suicidio en España: años 1966 a 1970". Madrid. 1976.

"Estadística del suicidio en España: Años 1971-1975". Madrid. 1976.

Anuario Estadístico. Madrid. 1983.

Anuario Estadístico. Madrid. 1984.

"Censo de Población. 1981". Tomo III. Resultados provinciales. Madrid. Primera parte. Madrid. 1984. (Nº INE 61.28-81-311 (0,28)).

I.N.S.E.E.: "Etudes et conjonctures". P.V.F. Paris. nº- 9. Sept. 1967.

IZARD, J.: "Les conduits suicidaires". Tesis doctoral. Facultad de Medicina de Toulouse. 1965.

- J -

- JACOB, J.; TEICHER, J.D.: "Broken homes and social isolation in attempted suicides of adolescents". Intern. J. Social. Psychiat. 13, (139 y ss.). 1967.
- JACOBSEN, D.; FREDERICHSEN, P.S.; KNUTSEN, K.M.; et al.: "A prospective study of 1212 cases of acute poisoning: general epidemiology". Hum. Toxicol. 3/2 (93-106). 1984.
- JACOBSON, S.; TRIBE, P.: "Deliberate self-injury (attempted suicide) in patients admitted to hospitals in Mid-Sussex". Brit. J. Psychiat. 121, (379-386). 1972.
- JACOBZINER, H.: "Attempted suicides in children". J. Pediat. 56, 4. 1960.
- "Attempted suicides in adolescence". JAMA. 191, (101 y ss.). 1965.
- JACOBZINER, H.; RAYBIN, H.W.: "Briefs on accidental chemical poisonings in New York City". New York State Journal of Medicine. Núms. 4,6,8 y 11. 1961.

- JANET, P.: "De l'angoisse a l'extase". Alcan. Paris.
Tomo II. 1928.
- JASPERS, K.: "Entre el destino y la voluntad". Ed.
Guadarrama. Madrid. 1969.
- "Psicopatología General". Beta. Buenos
Aires. 1970.
- JAUREGUI, G.R.: "Sobre la vejez y la prolongación de la
vida". Instituto Popular de Conferencias.
Buenos Aires. 1971.
- JEFFERYS, D.B.; VOLANS, G.N.: "Self poisoning in diabetic
patients". Poisons Unit. Guy's Hosp.
London. Hum. Toxicol. 2/2 (345-348). 1983.
- JIMERSON, D.: "CSF cortisol levels in depression and
schizophrenia". Am. J. Psych. 137, (979-
980). 1980.
- JONES, D.I.R.: "Self-poisoning with drugs" the past 20
years in Sheffield". Brit. Med. J. 1,
(28-29). 1977.
- JUNG, C.G.: "The meaning of death". Mc Graw-Hill Book
Company, Inc., Blakiston Division. New York.
1959.

- K -

- KALLMANN, F.J.; PORTE, J.; PORTE, E.; FEINGOLD, E.: "Suicide in twin and only children. Am. J. Human. Genetics. 1 y 2 (606). 1949.
- KASHANI, J.H.; MANNING, G.W.; MCKNEW, D.H. et al.: "Depression among incarcerated delinquents". Psychiatry Res. 3, (185-191). 1980.
- KASTENBAUM, R.: "The psychology of death". Springer. Pub. New York. 1972.
- "Consideraciones psicologicas sobre el proceso de morir". En: "Sociología de la muerte". SALA. Madrid. 1974.
- "Psychological perspectives on death". Annual R. Psychol. 28, (225-249). 1977.
- KATSCHNIG, H.: En "El suicidio y los intentos de suicidio". Cuadernos de Salud Pública nº 58. Ed. Eileen M. Brooke. O.M.S. Ginebra. 1976.
- KAUFMANN, A.; GILLIN, J.CH.; HILL, B.; O'LAUGHLIN, T.; PHILLIPS, I.; KLEINMAN, J.E.; WYATT, R.I.: "Muscarinic binding in suicides". Psychiatry research. 12, (47-55). 1984.
- KELLY, W. A.: "Suicide and Psychiatric education". Am. J. Psychiatry 130, (463). 1973.

KENDALL, R.E.: "Alcohol and suicide". Subst. Alcoholactions/
Misuse. 4/2-3. (121-127). 1983.

KENNEDY, P.; FREITMAN, N.; OVERSTONE, I.M.R.: "The prevalence
of suicide and parasuicide attempted
suicide) in Edimburgh". Brit. J. of
Psychiat., 124, (36-41). 1974.

KENNEDY, P. y Cols.: "Cheaper case of parasuicides". Brit.
J. Psychiat. 132, (95-99). 1979.

KERFOOT, M.: "Assessment of the young adolescent and
the family". En: L. Loing y Sh. McBride
(editores): "Suicide. Assessment and
intervention". Acc. Connecticut. (208-219).
1984.

KESSEL, N.: "Self poisoning". Brit. Med. J., 2. Parte I
(1265-1270) y Parte II (1336-1340). 1965.

KESSEL, N.; Mc CULLOCH, W.: "Repeated acts of self-poisoning
and self-injury". Proc. Roy Soc. Med. 59,
(88-91). 1966.

KESTEMBERG, E.: "L'identite et l'identification chez
l'adolescent". Psychiatrie de l'enfant.
Vol. V. Fasc. 2. P.V.F. Paris. 1962.

KIELHOLZ, P.: "Clinique, diagnostic differentiel et
traitment des états depressifs". Acta
Psychosomatica. Geipy. Ed. Franç. n°- 1.

- KIELHOLZ, P.: "Diagnose und therapie des depressioner fur den praktiker, II". Auflage, J.F. Lehmanns. Munchen. 1967.
- "Diagnose und therapie des depressionsbehandlung". Das arztl. Gesprach. n° 7. (Troponwerke Koln). 1967.
- KIELHOLZ, O.; BATTEGAY, R.: "Vergleichendi untersuchungen uber die genese und den verlave der drogenabhangigkeit und des alkoholismus". Schweiz-Med. Wschr. 79, (893 y 944). 1967.
- KINGSLEY, D.: "La ciudad, su origen, crecimiento e impacto en el hombre". Blumer. Madrid. 1979.
- KITAMURA, A.: "Seishones jisatsu no nichu-doku hikaku kenkyu". Jap. J. Child. Adoles. Psychiatry. 23 (2) (124). 1982.
- KJERVICK, D.: "The psychotherapist's duty to act reasonable to prevent suicide: a proposal to allow rational suicide". Behav. Sci. Law., 2, (2), (207-218). 1984.
- KLEIN, M.: "Envy and gratitude". Tavistock. London. 1957.

- KNIGHTS, A.; OKASMA, M.; SALIN, M.; HIRSCH, S.: "Depressive and extrapyramidal symptoms and clinical effects: a trial of flupmenazine versus flupenthizol in maintenance of schizophrenic out-patients". Brit. J. Psychiat. 135, (515-523). 1979.
- KNOP, J.; FISCHER, A.: "Duodenal ulcer, suicide, psychopatology and alcoholism". Acta Psychiat. Scand. 63, (346-355). 1981.
- KOHLER, C.; CHAMBARD, Mle.: "Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents". Pediatrie, 22, (785 y ss.). 1967.
- KORNHUBER, H.H.: "Psychologie und psychiatrie des kriegsgefangenschaft". En: "Psychiatrie des Gegenwart". Tomo III. Springer. Berlin - Gohinger - Heidelberg. 1961.
- KOSKI, M.L.: "The suicidal behavior of young adolescents". Proc. 4th UEP Congr. Stockholm, Almquist & Wiksell. 1971.
- KOVACS, M.; BECK, A.T.; WEISSMAN, A.: "The communication of suicidal intent. A reexamination". Arch. Gen. Psychiatry 33, (198-201). 1975.

KREITMAN, N.: "Parasuicide". Wiley Sons. London. 1977.

KRYNSKI, S.: "La conducta suicida en la infancia".
Psicopatología 5, 2 (137-146). 1985.

KUBLER-ROSS, E.: "On death and dying". MacMillan. New York.
1969. Traducción al castellano: "Sobre la
muerte y los moribundos". Grijalbo. 1975.

"Lecciones de la agonía". En: "Sociología
de la muerte". Sala. Madrid. 1974.

- L -

LABORIT, H.: "La colombe assassinée". Grasset ed. 1984.

LADAME, D.: "Les tentatives de suicide des adolescents".
Masson. Paris. 1981.

LAERCIO, Diogenes: "Vidas de los más ilustres filósofos
griegos". Ed. Orbis, S.A. Barcelona.
Tomo I. (Traducción de José Prtíz y Sainz).
1985.

LAIN ENTRALGO, P.: "Baroja y la muerte". Jano 647-H.
(75-76). 1985.

LANDSBERG, P.L.: "Essais sur l'expérience de la mort". Le
Seuil. Paris. 1951.

LANGEVIN, R.: PAITICH, D.; ORCHARD, B.; HANDY, L.; RUSSON, A.:
"The role of alcohol, drugs, suicide
attempts and situational strains in
homicide committed by offenders seen for
psychiatric assesment". Acta. Psychiat.
Scand. 66, (299-242). 1982.

- LARGE, R.G.: "Diagnosis and drugs taken in self-poisoning". N.Z. Med. J. 89, (388-390). 1979.
- LAUNAY, C. y Cols.: "Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent". Revue du Practicien. T. XIV n° 6. Feb. 1964.
- LAWLER, R.H.; NAKIELNY, W.; WRIGHT, N.A.: "Suicidal attempts in children". Canad. Med. Ass. J. 89, (751 y ss.). 1963.
- LEMERE, F.: "What happens to alcoholics?". Am. J. Psychiatr. 109, (674-676). 1953.
- LEMPERIERE, T; DES LAURIERS, A.: "Le risque de suicide dans les psychoses". Revue du Praticien. 1^{er} December. 1962.
- LEPP, I.: "Psicoanálisis de la muerte". Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires. 1971.
- LESTER, D.: "Attempts to predict suicidal risk using psychological tests". Psychol. Bull 74, (1-17). 1970.
- "Seasonal variation in suicidal deaths". Brit. J. Psychiat. 118, (627-628). 1971.

LESTER, D.; BECK, A.T.; TREXLER, L.: "Extrapolation from attempted suicides to completed suicides". Journal of abnormal Psychology, 84, 5 (563-566). 1975.

LEVY, L.; HERZOG, A.: "Effects of population density and crowding on health and social adaption in the netherlands". J. Healths Soc. Behav. 15, (228-240). 1974.

"Effects of crowding on health and social adaption in the city of Chicago". Urban Ecology 3, (327-354). 1978.

LEWY, A.J.; KERN, H.A.; ROSENTHAL, N.E.; WHER, T.A.: "Manic-depressive patients may be supersensitive to light". Lancet, 2 (383-384). 1981.

"Bright artificial light treatment of manic-depressive patient with a seasonal mood cycle". Am. J. Psychiat 139. (1496-1499). 1982.

LEWY, A.J.; KERN, H.A.; ROSENTHAL, N.E.; WHER, T.A.:

"Effects of lights on human
melatonin production and the
human circadian system". Prog.
Neuropsychopharmacol. 7
(551-556). 1983.

LIBERMAN, R. et al.:

"Behavior therapy as insight-
oriented therapy for repeated
suicide attempters" Arch. Gen.
Psychiatry, Vol. 38. (1126-
1130). Octobre. 1981.

LINDELIUS, R.; SALUM, I.: "Mortality, in Salum I (Ed):

delirium tremens and certain other
acute sequels of alcohol abuse"
Acta Psychiat. Scand. 48 (Suppl.
235). (86-100). 1972.

LINDEMAN, E.:

"An epidemiological analysis of
suicide". En: "Epidemiology of
mental disorders". Prov. 1949.
Annual Conf. Milbank Mem. Fund.
New York. 1933.

- LINKOWSKI, P.; VAN WETTERE, J.P.; KERKHOF, M.; BAUMAN, H.;
MENDLEWICZ, J.: "Thyrotrophin response to thyrostimulin
in affectively ill women". Brit. J.
Psych. 143, (401-405). 1983.
- LITMAN, R.E.; FARBEROW, N.L.: "Emergency evaluation of self-
destructive potentiality". En: "Cry for
help". Mc Graw Hill Book Company. New
York. 1961.
- LITMAN, R.E.: "Psychotherapist orientation towards
suicide". In: Resnick, H.L.P.:
"Suicidal behaviors". Little Brown
Boston (357-363). 1968.
- LITMAN, R.E. WOLD, C.I.: "Beyond crisis intervention". En:
"Suicidology: contemporary development".
de E.S. Shneidman. Grune & Strahor. Inc.
New York. 1976.
- LORIN, C.: "Contribution à la prevention du parasui-
cide: deux questions pour l'évaluation des
affects dépressifs parasuicidaires dans une
population d'étudiants et de professionnels
de la santé". Depression et Suicide.
Pergamon Press. (239-244). 1981.
- LUCRECIO: "De la naturaleza de las cosas". ("De rerum
natura"). Libro III, 110 (80).. Ed. Orbis.
Barcelona. 1984.

- LUIZ, Ph. et Cols.: "Tentativas de suicidio segundo sexo e idade". Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat. 27, (39-43). 1981.
- LUJAN, N.: "Georges Boulanger, entre el amor y la morfina". Jano, n° 621. 1984.
- LUKIANOWICZ, N.: "Suicidal behavior. An attempt to modify the environment". Brit. J. Psychiat. 12, (387-390). 1972.

- M -

- MALE, P.: "Psychotherapie de l'adolescent". P.V.F.
Paris. 1964.
- MARCEL, G.: "El misterio del ser". Edhasa. Barcelona.
(91 y ss). 1971.
- MARCUSE, H.: "Eros et civilización". Seix Barral.
Barcelona. 1968.
- MARKOWE, M.; STEINERT, J.; HEYWORTH-DAVIES, F.: "Insulin
and chlorpromazine in schizophrenia: a
ten-year comparative study". Brit. J.
Psychiat. 113, (1101-1106). 1967.
- MARTI, G.: "Epidemiología del suicidio consumado
en Barcelona durante el año 1983". Rev.
de Psiquiatr. y Psicol. Med. de Europa
y América Lat. Tomo XVI. nº 8, (576-583).
1983.
- DI MASCIO, A.; WEISSMAN, M.M.; PRUSOFF, B.A.; NEV. C.; ZWILLING,
M.; KLERMAN, G.: "Differential symptom reduction by drugs
and psychotherapy in acute depression".
Arch. Gen. Psychiat. 36 (1450-1456). 1979.

- MASCOW, A.H.: "The further reaches of human nature". New York. Virking Press. 1971.
- MATTSON, A.; SEESE, L.R.; HAWKINS, J.W.: "Suicidal behavior as a child psychiatric emergency". Arch. Gen. Psychiat. 20, (100 y ss.). 1969.
- MAWTON, K.; CATALAN, J.: "Attempted suicide. A practical guide to its nature and management". Oxford University Press. Oxford. 1982.
- McCLURE, G.M.G.: "Recent trends in suicide amongst the young". Brit. J. Psychiat. 144, (134-138). 1984.
- McCULLOCH, J.W.; PHILIPS, A.E.; CARSTAIRS, G.M.: "The ecology of suicidal behavior". Brit. J. Psychiat. 113, (313-318). 1967.
- McKNIGHT, C.K.; MOHR, S.W.; QUINSEY, R.E.; EROCHKO, J.: "Matricide and mental illness". Canad. Psychiat. Ass. J. 11, (99-106). 1966.
- McMATTON, B.; PUGH, T.F.: "Suicide in the widowed". Amer. J. Epidemiol. 81, 23 (1965).
- MEAD, G.H.: "Mind, self and society". Chicago. University of Chicago Press. 1934. Traducción al castellano: "Espíritu, persona y sociedad". Paidós. Buenos Aires. 1972.

MEARES, R.; MENDELSON, F.A.D.; MILGROM-FREIDMAN, L.: "A sex difference in the seasonal variation of suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women". Brit. J. Psychiat. 138, (321-325). 1981.

MECIR, J.; BREYINOVA, V.; VONORACEK, V.: "The causes of deaths in alcoholics". J. Stud. Alcohol. 17, (633-642). 1956.

MEERLOO, J.A.M.: "Le suicide". Charles Dessart. Ed. Bruxelles. 1966.

MENAHEN, R.: "El suicidio". En: "Sociología de la muerte". Sala. Madrid. 1974.

"La communication verbale chez la déprimé et le suicidant". Depression et suicide. Pergamon Press. (356-361). 1961.

MENDEL, G.: "Fatigue, depression nerveuse et suicides inconscients". Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale, n° 2, 155-162). 1967.

- MENGECH, H.N.K.; DHADPHALE, M.: "Attempted suicide (para-suicide) in Nairobi, Kenia". Acta Psychiat. Scand. 69, (416-419). 1984.
- MENNINGER, K.: "The man against himself". New York. Harcourt, Brace and World. 1938. Traducción al castellano: "El hombre contra si mismo". Peninsula. Barcelona. 1972.
- MILES, P.: "Conditions predisposing to suicide: a review". J. of Nerv. and Mental Dis. 164, (231-246). 1977.
- MILLA, J.: "Epidemiología de la intoxicación medicamentosa aguda". Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de Auropa y Am. Lat. T. XVI, nº 8, (526-529). 1983.
- MILLER, H.L.; COOMBS, D.W.; LEEPER, J.D.; BARTON, S.N.: "An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States". Am. J. Public. Health, 74 (4), (340-343). 1984.
- MINISTERIO DE SANIDAD DE FRANCIA: "Le suicide - Etude R.C.B." Set. 1971.
- MINKOFT, K.; BERGMAN, E.; BACK, A.T.; BECK, R.: "Hopelessness, depression and attempted suicide". Am. J. of Psychiatry. 130, (455-459). 1973.

- MINTZ, R.S.: "Psychotherapy of the suicidal patient".
In: Resnik, H.L.P.: "Suicidal behavior".
Little Brown. Boston. (271-296). 1968.
- MONFERIER, J.: "Le suicide". Bordas. 1970.
- MONTAIGNE, M.E.: "De las costumbres de la Isla de Cea".
Ensayos. II, 3. Orbis. Barcelona. 1984.
- "Sobre nuestro juicio de las muertes ajenas".
Ensayos. Ed. Orbis. Tomo II. Barcelona.
(247-252). 1984.
- MONTEJO, M.L.; RODRIGUEZ, M.; RAMOS, J.A.: "Tentativa de
suicidio y religiosidad". Psicopatología.
3,1 (61-66). 1983.
- MONTGOMERY, S.A.; MONTGOMERY, D.: "Pharmacological
prevention of suicidal behavior". Journal
of affective disorders 4, (291-298). 1982.
- MOREAU DE TOURS; P.: "De la contagion du suicide". Paris.
1875.
- MORGAN, H.G.: "Death wishes?. The understanding and
management of deliberate self-harm".
Chinchester. John Wiley. 1979.

MORGAN, H.G.; BURBSOX, C.J.; POCOCK, H.; POTTLE, S.:

"Deliberate self-harm. Clinical and socio-economic characteristics of 368 patients". Brit. J. Psychiat. 127, (564-574). 1975.

MORON, P.:

"Le suicide". Presses Universitaires de France. Paris. 1977. Traducción al castellano: "El suicidio". Abaco. Buenos Aires. 1980.

MORON, P.; SOUBRIER, J.P.; VIRENQUE, CH.; FABRE, A.P.;

FRANC, R.; ROULEAU, M.C.: "Suicidio, mode d'emploi: de la recette a la pratique". Am. Med. Psychol. 140, n° 8, (868-875). 1982.

MORSELLI, P.:

"Il suicidio". Milán. 1879.

MORRISON, J.R.:

"Suicide in psychiatric practice population". J. Clin. Psychiatry 43, (384-352). 1982.

- MURTHY, U.N.: "Personality and the nature of suicidal attempts". Brit. J. Psychiat. 115, (791-795). 1969.
- MURPHY, G.E.; WETZEL, R.D.: "Family history of suicidal behavior suicide attempters". J. Nerv. Ment. Dis., 170 (86-90). 1982.
- MURPHY, G.E.; ROBINS, E.: "Social factors in suicide". J. Am. Med. Ass. 199 (303-308). 1967.
- MURPHY, G.E.; ARMSTRONG, J.W.; HERMELE, S.L.; FISCHER, J.R.; CLEWDENIN, W.W.: "Suicide and alcoholism". Arch. Gen. Psychiat. 36 (65-69). 1979.
- MURPHY, G.E.: "On suicide prediction and prevention". Arch. Gen. Psychiatry 40, (343-344). 1983.
- MYERS, D.M.; DAVIES, P.: "The seasonal incidence of mania and its relationship to climatic variables". Psychological Medicine 8, (433-440). 1978.

- N -

NAIR, N.P.V.; HARIHARASUBRAMANIAN, N.; PILAPIL, C.:

"Circadian rhythm of plasma melatonin
in endogenous depression". Prog.
Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiat.
8 (715-718). 1984.

NEAL, W.:

"Religion and self-poisoning". Int.
J. Sec. Psychiat. Vol. 27 (4).
(240-257). 1981.

NICK, MOINET, A.; DES LAURIERS, A.; GUILLAUD, A.; NICOLLE, M.:

"le suicide d'abandon". Annales M.P.
Tomo II, n° 1. Juin. 1966.

NICOSON, D.:

"The immediate management of overdose".
Med. Clin. North., 1M., 67 (1279-1293).
1983.

NOREIK, K.:

"Attempted suicide and suicide in
functional psychoses". Acta Psychiat.
Scand. 52 (81-106). 1975.

NOVOA SANTOS, R.:

"El instinto de la muerte". Javier
Morata. Madrid. 1927.

- O -

IM OBERSTEG, J.: "Das selbstmordproblem in der gerichtlichen
medizin schweiz". Med. Wschr. 62, (1013).
1955.

OKASHA, A.; LOTAIF, F.; SADEK, A.: "Prevalence of suicidal
feelings in a sample of non consulting
medical student". Acta Psychiat. Scand.
63, (409-415). 1981.

OKASHA, A.: "El suicidio en Egipto". En: "Suicide
in Asia and the Near East". Ed. Lee
A. Headley. University Press of California,
Berkeley and Los Angeles. 1983.

OLIEVENSTEIN, C.: "Phenomenologie du vecu toxicomane".
Psychologie medicale. N° 6, Tomo 11,
(1218-12221). 1979.

OLIVER, R.G.; HETZEL, B.S.: "An analysis of recent trends in
suicide rates in Australia". Int. J.
Epidemiol, 2, (91- 101). 1973.

OLTMAN, J.E.; FRIEDMAN, S.: "Treatment of depressive states
with marplan". Am. J. Psychiatr. 116
(848-849). 1961.

- O.M.S.: "Prevención del suicidio". Cuadernos de Salud Pública n° 35. Ginebra. 1969.
- "El suicidio y los intentos de suicidio". Cuadernos de Salud Pública n° 58. Ginebra 1976.
- ORELAND, L.; WIBERG, A.; ASBERG, M.; TRASKMAN, L.; SJOSTRAND, P.T.; BERTILSSON, L.; TYBRING, G.: "Platelet MAO activity and monoamine metabolited in cerebrospinal fluid in depressed and suicidal patients and in healthy controls". Psych. Research. 4 (21-29). 1981.
- ORTEGA Y GASSET, J.: "Ensayos de crítica". Obras Completas. Ed. Rev. de Occidente. Tomo II. (79 y ss.) Madrid. 1950.
- "El espectador II (la vida en torno: muerte y resurrección)". Obras Completas. Ed. Alianza. Tomo II, (149-157). Madrid . 1983.
- "Para un museo romántico" (Conferencia). (El espectador VI). Obras Completas. Alianza Editorial. Tomo II. Madrid. 1983.
- OSMOND, M.; HOFFER, A.: "Schizophrenia and suicide". Onthomolecular Psychiatry, 7 (57-67). 1973.

- OSMOVO, H.; HOFFER, A.: "Schizophrenia and suicide". J. Schizophrenia 1, (55-64). 1967.
- OTIN, J.M.: "Anorexia nerviosa y conducta suicida". Rev. de Psiquiat. y Psicol. Med. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, nº 8, (570-575). 1983.
- OTTO, V.: "Suicidal attempts made by children and adolescents because of problems". Acta Paediatr. Scand. 54 (348). 1965.
- OTTOSSON, J.O.: "The suicidal patient: can the psychiatrist prevent his suicide?". En: Schou, E.; Strongren, E. Eds. "Origin". Prevention and treatment of affective disorders. Academia Press. London. 1979.
- OVENSTONE, I.M.K.: "Spectrum of suicidal behaviours of Edinburgh". Brit. J. Prev. Soc. Med., 27 (27-35). 1973.

- P -

PACHECO, A.; MEDEIROS, F.; MIRANDA, L.; SILVA, M.H.; TEIXEIRA, J.M.:

"Tentativa de suicidio". Rev. Psiquiat.

Dep. S. Mental. 2 (23-34). 1981.

PALLIS, D.J.; SAINSBURY, P.: "The value of assessing intent in

attempted suicide". Psychological Medicine

6, (487-492). 1976.

PALLIS, D.J.: "The psychiatric assessment of attempted

suicides: personality, intent and suicide

risk". M.D. Thesis. Aberdeen University.

1977.

PALLIS, D.J. et Cols.: "Seriousness of suicide attempt in

relation to personality". Brit. J.

Psychiat. 130, (253-259). 1977.

PALLIS, D.J.; BARRACLUGH, B.M.; LEVEY, A.B.; JENKINS, J.S. y

SAINSBURY, P.: "Estimating suicide risk among attempted

suicides". I. The development of New

Clinical Scales. Brit. J. Psychiat. 141,

(37-44). 1982.

- PALLIS, D.J.; GIBBONS, J.S.; PIERCE, D.W.: "Estimating suicide risk among attempted suicides". II. Efficiency of predictive scales after the attempt. Brit. J. Psychiat. 144, (139-148). 1984.
- PALMER, D.M.: "Factors in suicidal attempts. A review of 25 consecutive cases". J. Nerv. Ment. Dis. 93, (421-422). 1941.
- PARKER, D.M.: "The meaning of attempted suicide to young parasuicides: A repertory GRD study". Brit. J. Psychiat. 139, (306-312). 1981.
- PARKER, G.; WALTER, S.: "Seasonal variation in depressive disorders and suicidal deaths in New South Wales". Brit. J. Psychiat. 140, (626-632). 1982.
- PARKES, C.M.: "Bereavement: Studies of grief in adult life". International Universities Press. New York. 1972.
- PARTIDAS: Séptima. Ley 24, título 1.-
- PASQUALI, L.; BUCHER, R.E.: "Tentativas de suicídio segundo sexo e idade". Acta Psychiat. Psicol. America Latina. 27, (30-43). 1981.

PAYKEL, E.S.; HALLOWELL, C.; DRESSLER, D.M. et al.: "Treatment of suicide attempters". Arch. Gen. Psych. 31, (487-491). 1974.

PAYKEL, E.S.; PSYCH, M.R.; PRUSOFF, B.A.; MYERS, J.K.:
"Suicide attempts and recent life events". Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 32. Marzo. 1975.

PECK, M.L.; LITMAN, R.E.: "El suicidio de la juventud. Tendencias actuales". En: "Sociología de la Muerte". Sala. Madrid. 1974.

PECK, M.L.; SCHRUT, A.: "A suicidal behavior among college students". HSMHA Health Report. 86, (149-159). 1981.

PEIRO, P.M.; RODRIGO, J.: "Elementos de Medicina y Cirujía Legal". Agustín Sevil. Zaragoza. 1832.

PELICIER, Y.: "En torno a la historia del suicidio". Psicopatología 5,2 (85-99). 1985.

PEPITONE, F. et Cols.: "Fifty-Two medical student suicides". Am. J. Psychiatry. 138, 2. Feb. 1981.

- PFEFFER, C.R.: "Suicidal behavior of children: a review with implication for research and practice".
Am. J. Psychiatry 138, 2, Febrero. 1981.
- PFEFFER, C.R.; PLUTCHIK, R.; MIZRUCHI, M.S.: "Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement and interrelation".
Am. J. Psychiatry 140, 2, Febrero, 1983.
- PHILLIPS, D.P.: "Motor vehicle fatalltes increase just after publicized suicide stories". Rev.
Science. 24 de Junio. 1977.
- PIERCE, D.W.: "Suicidal intent in self-injury". Brit.
J. of Psychiat, 130, (377-385). 1977.
- "The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follop-up".
Brit. J. Psychiat. 139, (391-396).
1981.
- PINSKER, H.: "The allegedly suicidal patient in a general hospital". General Hospital
Psychiatry, 3, (277-282). 1981.
- PLINIO: "Historia Natural". IV, 12.

- PLUTARCO: "Vida de Alejandro". CXIII.
Citado por Meng en "Gesprache mit einer
mutter uber den selbsmord". Zeitschr. F.,
Psychoanal. Padagog, Tomo III. 1928-29.
- POKORNY, A.: "Suicide rates in various psychiatric
disorders". J. Nerv. and Mental Dis. 139,
(499-506). 1964.
- POKORNY, A.; KAPLAN, H.B.; TSAI, S.Y.: "Hopelessness and
attempted suicide: a reconsideration".
Am. J. of Psychiatry. 132, 9, (954-956).
1975.
- POKORNY, A.; KAPLAN, H.: "Suicide following psychiatric
hospitalization". J. Nerv. Ment. Dis.
162. (119-125). 1976.
- POKORNY, A.: "Prediction of suicide in psychiatric
patients". Arch. Gen. Psychiatry. Vol.
40, Marzo. 1983.
- POHLMEIER, H.: "The german society for the prevention
of suicide". Fortsch. Med. 97 (1587-1588).
1979.

- POLAINO-LORENTE, A.: "Depresion: actualizacion psicológica de de un problema clínico". Alhambra. Madrid. 1984.
- POLDINGER, W.: "Die abschatzung der suizidalitat". Verlag Hans Huber, Bern. 1968.
- "La tendencia al suicidio". Ed. Morata. Madrid. 1969.
- "Compendio de Psicofarmacología". Roche. 1972.
- POROT, S.: "Le suicide des adolescents". Rev Neuropsychiatr. infant. Facultad de Medicina de Clermont-Ferrand. (647 y ss.) 1965.
- POTKIN, S.G.; WEINBERG, D.R.; LINNOILA, M. et al.: "Low CSF 5-Hidroxyndoleacetic acid in schizophrenic patients with enlarged cerebral ventricles". Am. J. Psychiatry 140, (21-25). 1983.
- VAN PRAAG, H.: "Biochemincal and psychopatological predictor of suicidality". Biblthca. Psychiat. n° 162. (42-60). 1982.

- VAN PRAAG, H.: "Depression, suicide, and the metabolism of seroismin in the brain". I. Aff. Disorders 4, (275-279). 1982.
- PRADOS, F.: "Características de la asistencia medica en establecimientos penitenciarios militares, personalidad del médico militar en estos centros". Comunicación a la III Reunión de Investigación del Hospital Militar Central Gomez-Ulla. Madrid. 16-18 de Mayo de 1985.
- PREVOST, Abate: "Pour et le contre". Biblioteque de L'Arenal, Cotes: 8^a H. 26, 421, (26.422-26.423). Tomo IV. (61).
- PROKUPEK, J.: "Suicide analysis in Czechoslovaquia in the 1963-66 period". Comunicación presentada al 4^a Congreso Internacional sobre Prevención del suicidio. Los Angeles 18-21 Octubre, 1967). En: O.M.S. "Prevención del suicidio". Cuadernos de Salud Pública n^a 35. Ginebra. 1965.
- PRUDHOME, C.: "Epilepsy and suicide". J. Nerv. Ment. Dis. 94, 722. 1941.

-- Q --

QQUIDU, M.:

"Séméiologie de la conduite suicidaire".

Encyd. Méd. Chir. 1964. Psychiatrie:

Fasc. 37140 G/O. 1964.

- R -

- RABINER, C.J.; WEGNER, J.T.; KANE, J.M.: "Suicide in a psychiatric population". Psychiatric Hosp. 13 (2), (55-59). 1982.
- RAINES, G.N.: "Suicide, some basic considerations". Dig. Neur. and Psychiat. Febrero. 1950.
- RAO, A.V.: "El suicidio en la India". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. 1983.
- REMPLEIN, H.: "Psicología de la personalidad". Ed. Oriens. Madrid. 1974.
- RENNIE, T.A.C.: "Follow-up study of five hundred patients with schizophrenia admitted to the hospital from 1913 to 1923". Archives of Neurology and Psychiatry, 42 (877-891). 1939.
- RESNICK, P.J.: "Child murder by parents: a psychiatric review of filicide". Amer. J. Psychiat. 126, (325-334). 1969.
- "Suicide". En: Fregdman, A y Sadock, B.: "Comprehensive textbook of Psychiatry". Williams & Wilkins. Baltimore. 1980.

RRESNICK, H.L.: "Psychological resynthesis: a clinical approach to the survivors of a death by suicide". Int. Psychiatry Clin 6 (213-224). 1969.

RREVERZY, J.F.; SOUBRIER, J.P.: "La ciolence institués (a propos de Jonestownet D'Eailleurs". Annales Médico-Psychologiques, n° 8, Vol. 137. 1979.

RREVERZY, J.F.; STRAUSS, M.: "Le corps du suicidant". Psychol. Med. 11/1 (109-119). 1979.

RRILKE, R.M.: "Das Stundenbuch". Gesammelte Werke. Tusel Verlag Leipzig. Tomo II. 1927.

RRIN, H.; CEHN, T.: "El suicidio en Taiwan". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (59-86). 1983.

FRINGEL, E.: "Der selbstmord, abschluss einer kranhaffen psychischen". Entwicklung Maudrich, Viena y Dusseldorf. 1953.

"Neve untersuchungen zum selbsmordproblem". Mollinek. Viena. 1961.

"Selbstmordprophylaxe, ein waltweites problem". Z. Pravent Med. 10,428. 1965.

ROBERTSON, A.: "Clinical parameters of the DST". 14th C.I.N.P. Congress. Florence. 1984.

ROBINS, E.; MURPHY, G.E.; WILKINSON, R.H.; GASSNER, S.; KAYES, J.:

"Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicide". Am. J. Pub. Health. 49, (888-898). 1959.

ROBINS, E.; GENTRY, K.A.; MUNOZ, R.A.; MARTEN, S.: "A contrast of three more common illnesses with the ten less common in a study and 18 months follow-up of 314 psychiatric emergency room patients: II. Characteristics of patients with the three more common illnesses". Arch. Gen. Psychiatry 34 (269-281). 1977.

ROCAMORA, A.: "La conducta suicida y el teléfono de la esperanza". Rev. de Psiqu. y Psicol. Med. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, n° 8 Oct-Dic. (545-552). 1983.

"La conducta suicida y los teléfonos de la esperanza". En: "Incomunicación y conflicto social". Asetes. Madrid. (349-378). 1984.

RODRIGUEZ LOPEZ, A.; LOPEZ QUINTERO, P.: "Ideal del yo y conducta suicida". Psicopatología 5,2, (181-184). 1985.

ROJAS, E.: "La tentativa del suicidio". Psicopatología 1,3, (285-292). 1981.

"Aspectos clínicos de la depresión". Ed. Paz Moltalvo. Madrid. 1982.

"Depresión y suicidio". Pathos, 65, (76-78). 1984.

"Estudios sobre el suicidio". Salvat. Barcelona. 1984.

ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F.J.; GONZALEZ, J.; ABRIL, A.; DUEÑAS, M.

"Una escala de valoración conductual suicida: primicias de una investigación en marcha". Ponencia a la 2ª Jornada de Suicidología. Barcelona, 21 de Junio de 1985.

DE ROJAS, F.: "La Celestina". Atto. 20.

ROJO, M.: "Consideraciones en torno al suicidio en su interés psiquiátrico". Folia Neurop. del Sur de Esp. VI, 2, (89-122). 1971.

ROHN, R.D.; SARLES, R.M.; KENN, T.J.; REYNOLDS, B.J.; HEALD, F.P.:

"Adolescents who attempted suicide". J. Pediatrics, 90 (636 y ss.). 1977.

- ROMANI, B.; LAXENAIRE, M.; et al.: "Les enquetes psyquiatriques apres tentative d'autolyse". Ann. Med.; Nancy Est 21 Oct. (789-792). 1982.
- ROOSE, S.P.; GLASSMAN, A.H.; WALSH, B.T.: "Depression, delusions and suicide". New York State Psychiat. Inst. Am. J. Psychiatry, 140/9, (1159-1162). 1983.
- ROSEN, G.: "Madness in society - Chapters in the historical sociology of mental illness". Harper & Row. New York. 1968. Traducción al castellano: "Locura y sociedad". Alianza Universidad. Madrid. 1974.
- ROSEMAN, S.J.: "Subsequent deaths after attempted suicide by drug in the western region of Adelaide, 1976". Med. J. Aust. 2, 10, (496-499). 1983.
- ROSENTHAL, P.A.; ROSENTHAL, S.: "Suicidal behavior by preeschool children". Am. J. Psychiatry 141, (520-525). 1984.
- ROSENTHAL, N.E.; LEWY, A.J.; WHER, T.A.: "Seasonal cycling in a bipolar patient". Psychiatry research. 8, (25-29). 1983.

- ROSS, M.W.; CLAYER, J.R.; CAMPBELL, R.L.: "Parental rearing patterns and suicidal thoughts". Acta Psychiat. Scand. 67, (429-433). 1983.
- ROUSSELOT, Y.: "Contribution a l'etude du passage a l'acte suicidaire dans les schizophrenies". Ann. Med. Psychol. 140, n° 9, (977-987). 1982.
- ROY, A.: "Depression in chronic paranoid schizophrenia". Brit. J. Psychiat. 137, (138-139). 1980.
- "Depression in the course of chronic undifferentiated schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry. 38, (296-300). 1981.
- "Risk factors for suicide in psychiatric patients". Arch. Gen. Psychiatry 39, (1089-1095). 1982.
- "Suicide in chronic schizophrenia". Brit. J. Psychiat. 141, (171-177). 1982.
- "Family history of suicide". Arch. Gen. Psychiatry. 40 (9), (971-974). 1983.
- ROY, A.; MAZONSON, A.; PICKAR, D.: "Attempted suicide in chronic schizophrenia", Brit. J. Psychiat. 144, (303-306). 1984.

- RORLA, E.H.: "Psicoterapia individual y social".
Ediciones 3. Buenos Aires. 1962.
- ROST, H.: "Bibliographie des selbstmords".
Augsburg Hass und Grabherr. 1927.
- ROVALETTI, M.L.: "El sentido de la muerte 'PROPIA'".
Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat.
30, (112-117). 1984.
- RUEGSEGGER, P.: "Selbstmordversuche. Klinische,
statistische und katamnestische
untersuchungen and 132 suicidversuch -
patienten des basler psychiatrischen
universitätsklinik". Psychiat. Neurol.
146, 81, 1964.
- RUSHING, W.A.: "Individual behavior and suicide". En:
Gibbs, J.P. "Suicide". Harper & Row.
New York. (96-121). 1968.
- RYGNESTAD, J.: "Prospective study of social and
psychiatric aspects in self poisoned
patients". Acta Psych. Scand. 66 (2).
(139-153). 1982.

FRYNEARSON, E.K.: "Suicide internalized: an existencial
sequestrum". Am. J. Psychiatry, 138.
1, (84-87). 1981.

- S -

- SAINSBURY, P.: "Suicide in London: an ecological study".
London Chapman & Hall. Maudsley.
Monographs n° 1. 1985.
- "Suicide in old age". Proc. Roy Soc. Med.
54, 266. 1961.
- "Clinical aspects of suicide and its
prevention". British Journal of Hospital
Medicine, 19, (156-163). 1978.
- "Depression and suicide prevention".
Bibltica. Psychiat. n°- 162. Karger.
Basel. (17-32). 1982.
- SAINZ MARTIN, M.: "Los escolares y la muerte". N. Arch.
Fac. Med. Vol. 42, n° 10. 1984.
- SAIZ RUIZ, J.: "Tentativas de suicidio en el Hospital
General". Arch. Fac. Med. Madrid. 24-4,
(211-220). 1976.
- SAN AGUSTIN: "La ciudad de Dios". I, (17, 18, 23).
- SARRO, B. y Cols.: "La temptativa de suicidi en les dones.
Estudi de dotze mesos en un servei
psiquiatric d'un hospital general".
Annals . de Medicina. 65, (751-756). 1979.

- SSARRO, B.: "Annotations sur la conduite suicidaire en Espagne". Depression et suicide. Pergamon Press. (53-60). 1981.
- "Concepto de suicidio y tentativa de suicidio". Rev. de Psiquiat. y Psicol. Med. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, nº 8 (512-516). 1983.
- "Crisis suicidas en el hospital general". Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, nº 8 (521-525). 1983.
- "Experiencia en una unidad de suicidología". Psicopatología. 5,2 (185-189). 1985.
- SARRO, B.; VILLAPLANA, I.; GIRON, M.; GARCIA-MACIA, R.; OTIN, J.M.; HUBERT, M.S.; DE LA CRUZ, C.: "Abordaje de las crisis suicidas con psicoterapia breve de grupo". Rev. de Psiquiat. y Psicol. Med. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, nº 8. (561-569). 1983.
- SARTORIUS, N.: "Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio". Psicopatología, 5, 2, (81-84). 1985.

- SCHLER, M.: "Muerte y supervivencia". Revista de Occidente. Madrid. 1934.
- SCHILDER, P.: "Contributions to developmental neuro-psychiatry". Tavistock. London. 1964.
- SCHLESS, A.P.; TEICHMAN, A.; MENDELS, J. et al.: "The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness". Brit. J. Psychiatry 130, (19-22). 1977.
- SCHMIDT, E.M.; O'NEAL, P.; ROBBINS, E.: "Evaluation of suicide attempts as a guide to therapy". J. Amer. Med. Assoc. 155, (549-557). 1954.
- SCHMIDT, W.; DE LINT, J.: "Causes of death of alcoholics". J. Stud. Alcohol. 33, (171-185). 1972.
- SCHNEIDER, P.B.: "La tentative de suicide". Delachaux et Niestlé. Paris. Neuchatel. 1954.
- "Epidemiologie et suicide". Psychologie Medicale, 14 (3). (395-400). 1982.
- "Le suicide chez les patients d'un service psychiatrique ambulatoire". Archives suisses de Neurologia, Neurochirurgie et de Psychiatrie. Vol. 131. Fasc. 1 (133-146). 1982.

- SSCHNEIDMAN, E.S.: "Suicide among the gifted". En: Schneidman
E.S.: "Suicidology: contemporary developments"
Grune & Strattor. New York. 1976.
- SSCHONY, W.; HOFMANN, G.; SOMMEREDER, M.: "Report on epidemiology
of suicide in upper Austria". Wien. Med.
Wochenschr. 134, 12, (301-3-5). 1984.
- SSCHRUT, A.: "Some typical patterns in the behavior and
background of adolescents who attempt
suicide". Am. J. Psuchiat. 125, (69 y ss.).
1968.
- SCULLY, J.H.; HUTCHERON, R.: "Suicide by burning". Am. J.
Psychiat. 140, 7 (905-906). 1983.
- SEDWALL, G.: "Relationship in healthy volunteers between
concentrations of monamine metabolites in
CSF and family history of psychiotric". Brit.
J. Psychiatr. 36 (366-400). 1980.
- SEIDEN, R.H.: "Death in the west: a regional analysis
of the youthful suicide rate". West J.
Med. 140, 6 (969-973). 1984.



- SENECA, L.A.: "Del suicidio".

"Cartas morales a Lucilio" (LXX). Ed. Orbis
Tomo I. (165-169). Barcelona. 1984.
- SENSEMAN, L.A.: "Attempted suicide in adolescents". Rhode
Island Med. J., 51, (109 y ss.). 1968.
- SEVA, A.; VAZQUEZ, J.: "La autoexclusión: tendencias autoagresivas latentes y manifiestas en la población urbana". En: "La ciudad, el hombre y su esperanza". Instituto Fernando el Católico. Diputación Provincial de Zaragoza. 1976.
- SEYMANSKA, Z. y ZELAZOWSKA, S.: "Suicides et tentatives de suicide chez les enfants et les adolescents".
Rev. Neuro-Psycho. Inf. n°- 12, Dec. 1964.
- SEYNNARF, C.; MEHEUS, A.; PETERS, R.: "Suicide and its prevention". Afd. Epidemial. Soc. Genees
K. 37, (9-12). 1978.
- SHAFFER, D.: "Suicide in childhood and early adolescence".
J. Child. Psychol. Psychiat. 15, (275 y ss.)
1974.
- SHAFFER, J.; PERLIN, S.; SCHMIDT, C.; STEPHENS, S.: "The prediction of suicide in schizophrenia".
J. of Nerv. and Ment. Dis. 159, (349-355).
1974.

- SHAKESPEARE, W.: "Hamlet, Principe de Dinamarca". Obras Completas. Aguilar. Madrid. 1969.
- "Romeo y Julieta". Obras Completas. Aguilar Madrid. 1969.
- "Otelo, el moro de Venecia". Obras Completas. Aguilar, Madrid, 1969.
- "Antonio de Cleopatra". Obras Completas. Ed. Aguilar. Madrid, 1979.
- SHNEIDMAN, E.S.: "Prevention, intervention, and postvention". Ann, Intern. Med. 75 (453-459). 1971.
- "Suicidio". En: "Tratado de Psiquiatria". Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Sadock, B.S. Salvat. Barcelona (1950-1962). 1982.
- SILVER, M.A.; BOHNERT, M.; BECK, A.T.; MARCUS, D.: "Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent". Arch. of Gen. Psychiatry. 25, (573-576). 1971.
- SILVIO ITALICO: "Púnica". I, 225 y ss.
- SIMPSON, M.A.: "Self-mutilation and suicide". En: Schneidman, E.S.: "Suicidology contemporary developments". Grune & Stratton. New York. 1976.

- SONTAG, S.: "La enfermedad y sus metáforas".
Munchnik. Barcelona. 1981.
- SOUBRIER, J.P.: "Introducción a la suicidología". Rev.
de Psiquiat. y Psicol. Med. de Europa y
Am. Lat.. Tomo XVI, n° 8, (509-511).
1983.
- "La prevention du suicide est-elle
encore possible?". Bul.. du G.E.P.S. VI,
1. Sandoz. Paris. 1984.
- "Etude psychiatrique legale su suicide".
Ann. Med. Psychol. 140, n° 2. (177-192).
1982.
- "Conducta suicida y muerte del joven
toxicómano". Rev. de Psiquiat. y Psicol.
Méd. de Europa y Am. Lat. Tomo XVI, n° 8.
(553-560). 1983.
- SOURIS, M.: "Prevention du suicide". Masson. Paris.
1975.
- SOURIS y Cols.: "The practitioner and suicide prevention:
a inquiry". Biblthca. Psychiat. n° 162,
Karger, Bassel. (33-41). 1982.

- SPOERRI, TH.: "Compendio de psiquiatria". Toray.
Barcelna. 1975.
- STACK, S.: "Religion and suicide: A reanalysis". Social
Psychiatry. Vol. 15, n° 2, (65-70). 1980.
- STANLEY, E.J.; BARTER, J.T.: "Adolescent suicidal behavior". Am.
J. Orthopsychiatry 132, (180-185). 1978.
- STEIN, D.M.; LAMBERT, M.S.: "Telephone counseling and crisis
intervention: a review". Am. J.
Community Psychol 12 (101-126). 1984.
- STENGEL, E.: "Suicide and attempted suicide". Penguin
Books. 1969.
- "Psicología del suicidio y los intentos
suicidas". Hormé. Buenos Aires. 1965.
- "The prevention of suicide in old age".
Z. Prav.-Med. 19, 474. 1965.
- "Recent research into the social
significate of suicide and attempted
suicide". Bulletin der WFMH. 1957.
- STENGEL, E.; COOK., N.G.: "Attempted suicide". Chapman & Hall.
Mavosley Monographs, n°- 4. London . 1958.

STERN, T.A.; MULLEY, A.G.; THIBAUT, G.E.: "Life threatening drug overdose". Jama. Abril. 20, Vol. 251, n° 15, (1984-1985). 1984.

STORR, A.: "Human aggression". Allen Lane, Penguin Press. Harmondsworth Middlesex. 1968. Traducción al castellano: "La agresividad humana". Alianza Editorial. Madrid. 1970.

SUDNOW, D.: "La organización social de la muerte". Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. 1971.

SUND, A.; TIDSS, K.: "Emergency psychiatry". Nor. Laeg. 29, (395-399). 1980.

SUNDBY, P.: "Alcoholism and mortality". National Institute for alcohol research Publication n° 6. Oslo Universitetsforlaget. 1967.

SUTTER, J.M.; LUCCIONI, H.; SCOTTO, J.C.: "Suicide et carence d'autorité". Hygiene Mentale LIII^e année n° 6, (196-204). 1964.

SYMONDND, R.L. & WILLIAMS, P.: "Seasonal variation in the incidence of mania". Brit. J. Psychiat. 129, (45-48). 1976.

- T -

- TAPIA, F.X.: "Leyendas y anécdotas de la historia de España". Ed. Generales Anaya. Madrid. 1985.
- TARDE, G.: "La criminalité comparée". Alcan. Paris Cap. IV, 2. 1886.
- TARDIFF, K. et Cols.: "Factors related to increased risks of assaultive behavior in suicidal patients". Acta Psychiat. Scand. 62, (63-68). 1980.
- TARDIFF, K.: "The risk of assaultive behavior in suicidal patients". Acta. Psychiat. Scand. 64, (295-300). 1981.
- TARGUM, S.: "The dexamethasone suppression test in suicidal patients with unipolar depression". Am. J. Psych. 138, (1120-1121). 1981.
- TATAI, K.: "El suicidio en Japón". En: "Suicide in Asia and the Near East". Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. 1983.

- TEMOCHE, A.; PUGH, T.; MACMAHON, B.: "Suicide rates amongst current and former mental institution patients". J. Nerv. Ment. Dis. 138, (124-130). 1964.
- THOMAS, B.: "Jacob". Tchou Ed. 1970.
- THOMAS, C.B.: "Suicide among us: can we learn to prevent it?". Johns Hopkins Med. J. 125: (276). 1969.
- THORARINSSON, A.A.: "Mortality among men alcoholics in Iceland 1951-74". J. Stud. Alcohol. 40, (704-718). 1979.
- TISSOT, J.: "De la mania del suicidio y del espiritu de rebellion, de sus causas y de sus remedios". Ladrang Ed. Paris. 1840.
- TOOLAN, J.M.: "Suicide in children and adolescents". Amer. J. Psychoter. 29, (339 y ss.). 1975.
- TRASKMAN, L.; ASBERG, M.; BERTILSSON, et al.: "Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior". Arch. Gen. Psychiatry 30, (631-636). 1981.

TUCKMAN, J.; CONNON, H.E.: "Attempted suicide in adolescents".
Amer. J. Psychiat. 119, (228 y ss.). 1962.

TUCKMAN, J.; YOUNGMAN, W.F.; LEIFER, B.: "Suicide and family
disorganization". Int. J. Soc. Psychiat. 12,
187. 1966.

TSUANG, M.T.; WOOLSON R.F.; FLEMING, J.A.: "Premature deaths in
schizophrenia and affective disorders".
Arch. Gen. Psychiatry 37, (979-983). 1980.

TURON, V.S.: "Las tentativas de suicidio". Rev. Dep.
Psiquiat. Fac. Med. Barna. 3, (153-160).
1975.

- U -

UNAMUNO, M.: "Del sentimiento trágico de la vida". Orbis.
Barcelona. 1984.

URWIN, P.; GIBBONS, J.L.: "Psychiatric diagnosis in self-
poisoning patients". Psychol. Med. 9,
(501-507). 1979.

- V -

VALERIO MAXIMO: VI, 11 y 12.

DE VANNA, M.; MALANNINO, S.: "Il suicidio negli alcoolisti".
Minerva Psichiatri. 21 (1-6). 1980.

VARAN, C.: "The Samaritans: to help those tempted
to suicide or despair". MacMillan. New
York. 1966.

VEDRINNE, J.: "L'intoxication aigue volontaire". Masson.
Ed. Paris. 1965.

VEIL, C.: "Los problemas de la muerte". En: "Socio-
logía de la muerte". Salas. Madrid. 1974.

VIRGILIO MORON, P.: "Eneida". Obras Completas. Ed. Aguilar.
Madrid. 1934.

VIRKUNNEN, M.: "Suicides in schizophrenia and paranoid
psychoses". Acta Psychiat. Scand. Suppl.
250. Munksgaard Copenhaguen. 1976.

- VIVES, L.: "Tratado del alma (Libro segundo: de la muerte)". Clásicos Castellanos. Ed. de la Lectura. (187-189). 1923.
- VOLTAIRE: "Cándido o el optimismo". Ed. Orbis. Barcelona. 1984.

- W -

- WALTBER, H.: "Suicide risk in young schizophrenics".
General Hospital 6, (219-225). 1984.
- WALTON, H.J.: "Suicidal behavior in depressive illness -
A study of aetiological factors in suicide"
J. Ment. Sci. 104, (884 y ss.) 1958.
- WARNES, H.: "Suicide in schizophrenia". Diseases of
the nervous system, 29, (35-40). 1968.
- WAXBERG, J.D.: "Study of attempted suicides in psychotic
patients" Psych. Quart. 30 (464-470).
1956.
- WECHSLER, H.: "Community growth, depressive disorders and
suicide". Am. J. Sociology 67, (9-16).
1961.
- WEINBERG, S.: "Suicidal intent in adolescence: a hypothesis
about the role of physical illness". J.
Pediatr. 77, (579-586). 1970.

- WEINBERG, W.A.: "Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment". J. Pediatr. 83 (1065-1072). 1973.
- WEISS, J.M.: "Suicide . An epidemiologic analysis". Psychiat. Quart. Vol. 28. 1959.
- "The suicidal patient". En: "American Handbook of Psychiatry". Silvano Arietti Ed. New York. Vol. III, (Pág. 778). 1966.
- WEISSMAN, M.; FOX, K.; KLERNAN, G.L.: "Hostility and depression associated with suicidal attempt". Amer. J. Psychiat. 130, (450 y ss.). 1973.
- WEISSMAN, M.M.: "The epidemiology of suicide attempts 1960-1971". Arch. Gen. Psychiatry 30, (737-746). 1974.
- WEISSMAN, M.M.; POTTENGER, M.; KLEBER, M.; RUBEN, H.L.; WILLIAMS, E THOMPSON, W.D.: "Sympton patterns in primary and secondary depression: a comparison of primary depressives with depresssed opiate addicts, alcoholics and schizophrenics". Arch. Gen. Psychiatry 34, (854-862). 1977.

- WEISSMAN, M.M.; MYERS, K.K.: "Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community". Acta Psychiat. Scand. 57, (219-231). 1978.
- WEITBRECHT, H.J.: "Selbstmordprophylaxie bei jugendlichen". Z. Prav - Med. 10, 458. 1965.
- WENZ, F.V.: "Family constelations factors and parent suicide potential". The Journal of Nervous and mental disease. Vol. 170, n° 5. 1982.
- WERRY, J.S.; PEDDER, J.: "Self poisoning in auckland". N.Z. Med. J. 83., (183-187). 1976.
- WEST, Q.J.: "Murder followed by suicide". Harvard University Press. Cambridge, Mass. 1965.
- WETTERBERG, L.: "The relationship between the pineal gland and the pituitary-adrenal axis in health, endocrine and psychiatric conditions". Psychoneuroendocrinology. 8 (75-80). 1983.
- WETZEL, R.D.: "Hopelessness, depression and suicide intent". Arch. of General Psychiatry, 33, (1069-1073). 1976.
- WETZEL, R.D.; MARGULIES, T.; DAVIS, R.; KARAM, E.: "Hopelessness, depression and suicide intent". Journal of Clinical Psychiatry, 41, 5, (159-160). 1980.

- WILKINSON, D.G.: "The suicide rate in schizophrenia". Br. J. Psychiatry 140, (138-141). 1982.
- WILLIAMS, L.; LYONS, C.M.: "Family interaction and adolescent suicidal behavior: a preliminary investigation". Aust. NZ. J. Psychiatry. 10, (234-252). 1976.
- WILSON, F.: Citado por A. Alvarez en "Le Dieu Sauvage". Mercure de France. 1972.
- WINN, D.; HALLA, R.: "Observations of children who threaten to kill themselves". Canad. Psychiat. J. 11, (283 y ss.). 1966.
- WINOKUR, G.: "Family history studies: VIII. Secondary depression is alive and well and...". Dis. Ner. Syst. 33, (94-99). 1972.
- WINOKUR, G.; TSUANG, M.T.: "The Iowa 500: suicide in mania, depression and schizophrenia". Am. J. of Psychiatry. 132, (650-651). 1975.
- WOODRUFF, R.A.; GUZE, S.B.; CLAYTON, P.S.; CARR, D.: "Alcoholism and depression". Arch. Gen. Psychiatry 28, (97-100). 1973.

- Y -

YAMPEY, N.: "Prevalencia actual del suicidio entre las personas de edad". En: Abadi, M.; Gauma, A.; Garma, e; Gazzand, A.J.A.; Rollb, E.M.; Yampey, N.: "La fascinación de la muerte (Panorama dinamismo y prevención del suicidio)". Paidos. Buenos Aires. (57-62). 1973.

"Suicidio en Buenos Aires". En: "La Fascinación de la Muerte". Paidos. Buenos Aires. (13-56). 1973.

YESSLER, P.G.; GIBBS, J.J.; BECKER, H.A.: "On the communication of suicidal ideas". Arch. Gen. Psychiat. 5, (12-19). 1961.

-- z --

- ZZILBOURG, G.: "Suicide among civilized and primitive races". Am. J. Psychiat. Vol. 92. 1936.
- "A history of medical psychology". W.W. Norton. New York. 1941.
- ZIMBACA, N.; GONCEIX, A.; LEJEUNE, M.: "Etude psychometrique". Semaine des Hopitaux". N° 50, (8-11). 1963.
- ZUNG, W.; GREEN, R.; DURHAM, N.: "Seasonal variation of suicide and depression". Arch. Gen. Psychiatry. 30, (89-91). 1974.
- ZUNG, W.W.K.: "Suicide prevention by suicide detection". Psychosom. 20,3 (149-159). 1979.